Aus dem Institut für Gerichtliche Medizin
der Universität Tübingen
Direktor: Professor Dr. med. H. J. Mallach

ÜBER DIE ÄRZTLICHE LEICHENSCHAU.
GEDANKEN ZUR VERMEIDUNG FEHLERHAFTER FESTSTELLUNG DES TODES

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung des Doktorgrades der Medizin
dem Fachbereich Theoretische Medizin
der Eberhard-Karls-Universität zu Tübingen

vorgelegt von
Brigitte Juliane Spengler, geb. Magon

aus Münster in Westfalen
1978

Aus dem Institut für Gerichtliche Medizin
der Universität Tübingen
Direktor: Professor Dr. med. H. J. Mallach

ÜBER DIE ÄRZTLICHE LEICHENSCHAU.
GEDANKEN ZUR VERMEIDUNG FEHLERHAFTER FESTSTELLUNG DES TODES

UNIV. LIBRARY BIBL.

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung des Doktorgrades der Medizin
dem Fachbereich Theoretische Medizin
der Eberhard-Karls-Universität zu Tübingen

vorgelegt von
Brigitte Juliane Spengler, geb. Magon

aus Münster in Westfalen
1978

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Dekan: Professor Dr. med. H.J.Mallach

Berichterstatter: Professor Dr. med. H.J. Mallach

DISPOSITION

		Seite
1.	EINLEITUNG	4
2.	PROBLEMSTELLUNG	10
3.	DIE ÄRZTLICHE LEICHENSCHAU IN DEN BUNDESLÄNDERN	11
3.1.	Vorbemerkungen	11
3.2.	Baden-Württemberg	12
3.3.	Bayern	17
3.4.	Berlin	23
3.5.	Bremen	26
3.6.	Hamburg	27
3.7.	Hessen	29
3.8.	Niedersachsen	31
3.9.	Nordrhein-Westfalen	34
3.10.	Rheinland-Pfalz	35
3.11.	Saarland	37
3.12.	Schleswig-Holstein	40
3.13.	Vergleichende Betrachtungen über das Bestattungswesen in der Bundesrepublik	41
4.	ÜBER WESEN UND FESTSTELLUNG DES TODES	46
4.1.	Über das Wesen des Todes	46
4.2.	Über den Scheintod	47
4.3.	Über die Feststellung des Todes	49
5.	CASUISTIK ZUR FEHLERHAFTEN FESTSTELLUNG DES TODES	55
5.1.	Zur Person	55
5.2.	Maßnahmen des Notfallkommandos	55
5.3.	Maßnahmen des Notfalldienstarztes	55
5.4.	Beobachtungen der Leichenbestatter	56
5.5.	Ärztliche Maßnahmen im Krankenhaus	57
5.6.	Polizeiliche Ermittlungen	62
5.7.	Sachverständigengutachten	63
5.8.	Rechtliche Würdigung	66
6.	DISKUSSION	67
6.1.	Definition des nicht natürlichen Todes	67
6.2.	Aufgaben des Arztes bei der Leichenschau	68
6.3.	Anregungen für eine künftige Rechtsvorschrift zur Leichenschau	71
7.	ZUSAMMENFASSUNG	73

1. EINLEITUNG

Friederike KEMPNER, - der schlesische Schwan -, beginnt mit den Zeilen

Stürmisch ist die Nacht,
Kind im Grab erwacht...

ihr Gedicht N o c t u r n o. Sie wird nicht müde, das Schicksal scheintoter Kinder, Männer und Frauen zu schildern

"Wißt Ihr nicht,
wie weh das tut,
wenn man wach
im Grabe ruht..."

und verfügt testamentarisch, daß in der KEMPNERschen Familiengruft Klingelleitungen zu legen und an jedem Sarg Druckknöpfe zu installieren seien, damit im Falle seines Erwachens der Scheintote diese bedienen und den Friedhofswärter alarmieren könne. Mit dem Genie "unfreiwilliger Komik" gelang es ihr schließlich, mit ihren durchaus ernstgemeinten Denkschriften bis in die Ministerien vorzudringen. Unter ausdrücklicher Berufung auf diese Denkschriften erließ der König von Preußen am 7. 3. 1871 ein Reskript, welches eine Wartefrist von fünf Tagen zwischen Eintritt des Todes und Beerdigung anordnete.

Ungeachtet dessen war zu allen Zeiten die Angst der Menschen, scheintot begraben zu werden, und die Furcht, in der Gruft vom Scheintod zu erwachen, tief in ihren Seelen verwurzelt. Bereits im Altertum rätselten sie über den Scheintod. So erweckt der Prophet Elisa den totgeglaubten Sohn der Sunamitin (2. Buch der Könige, 4. Kapitel). Im späteren Mittelalter mehren sich die Gerüchte über Fehldiagnosen bei der Todesfeststellung. BRUHIER (1754) hat derartige Fälle gesammelt und in seinem umfangreichen Werk "Abhandlung von der Ungewißheit der Kennzeichen des Todes" der Um- und Nachwelt überliefert.

Die Angst vor dem Scheintod gab im frühen 18. Jahrhundert den Anstoß, Leichenschaumaßnahmen zu fordern. Zur Zeit der

Bader und Wundärzte waren der Phantasie zur Konstruktion von Lebensrettungsmaschinen keine Grenzen gesetzt. So stellt FORMEY (1796) in seiner medizinischen Topographie fest: "Gegenwärtig ist man beschäftigt, eine neue Einrichtung zur Verhütung des frühzeitigen Begrabens zu machen, welche darin wohl bestehen möge, daß kein Mensch beerdigt werden soll, ohne von einem Arzt vorher besichtigt worden zu seyn, um zu erforschen, ob die Zeichen des wirklich erfolgten Todes stattfinden oder nicht."

Der Architekturhistoriker Heinrich RICHARTZ berichtet 1972 über die Auffindung einer Zeichnung in der Plankammer der ehemaligen Preußischen Bau- und Finanzdirektion in Berlin, auf der eine Maschine zur Errettung Scheintoter dargestellt war. Auf einer Liege, deren Stilform auf etwa 1810 hinweist, sollte der Leichnam so plaziert werden, daß er an den verschiedensten Körperstellen mit leichten von oben an Schnüren herabhängenden Gewichten bestückt war, die bei den geringsten Bewegungen eines Scheintoten frei wurden und einen austarierten Waagebalken zum Kippen bringen sollten. Dadurch hätte sich ein Zahnrad in Bewegung gesetzt, eine Glocke angeschlagen und somit Alarm ausgelöst. Ob diese sinnvolle Maschine jemals gebaut wurde, konnte nicht ermittelt werden.

Auch sogenannte Scheintodklingeln wurden den eben Verstorbenen an Finger- und Handgelenke gebunden, um bei kleinster Bewegung eine Läutevorrichtung auszulösen und ein Erwachen vom Scheintod anzukündigen. Selbst in den ersten Jahren des Kaiserreiches erhielt das Reichspatentamt Zuschriften, von denen hier diejenigen des Th. SCHELD - Patentschrift-N^{o} 29 357 - und des W.F. BOSSELMANN aus dem Jahre 1881 erwähnt und in den Abbildungen 1 bis 3 dargestellt seien.

Die Furcht vor dem Scheintod hat sich bis in die heutige Zeit fortgesetzt. Sogar der große Dichter und Arzt Arthur SCHNITZLER verlangte, daß nach seinem Tode der Herzstich an seiner Leiche vorgenommen würde. In Ländern wie Schleswig-Holstein oder Baden-Württemberg war es nicht ungewöhnlich, zur endgültigen Feststellung des Todes Pulsaderschnitte vorzunehmen.

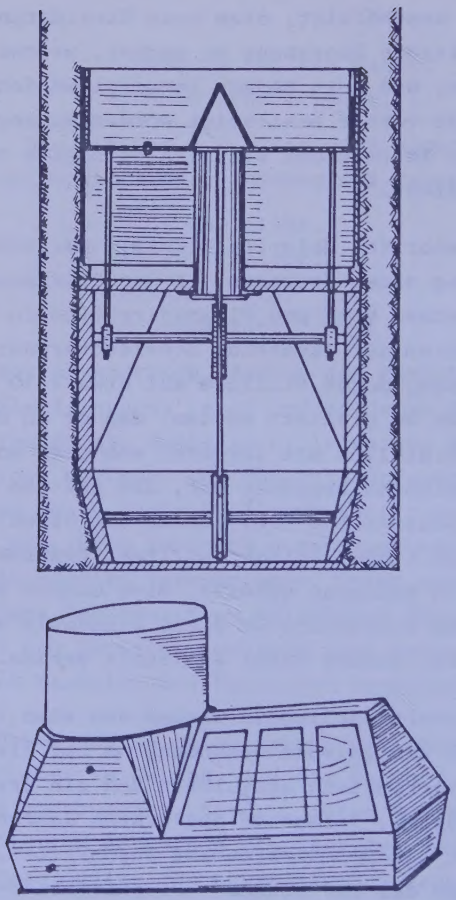

Abbildung 1: Sicherheits-Sarg nach Theodor SCHELD aus Wehlheiden bei Cassel, Patentschrift des Deutschen Reiches N^{o}= 29 357

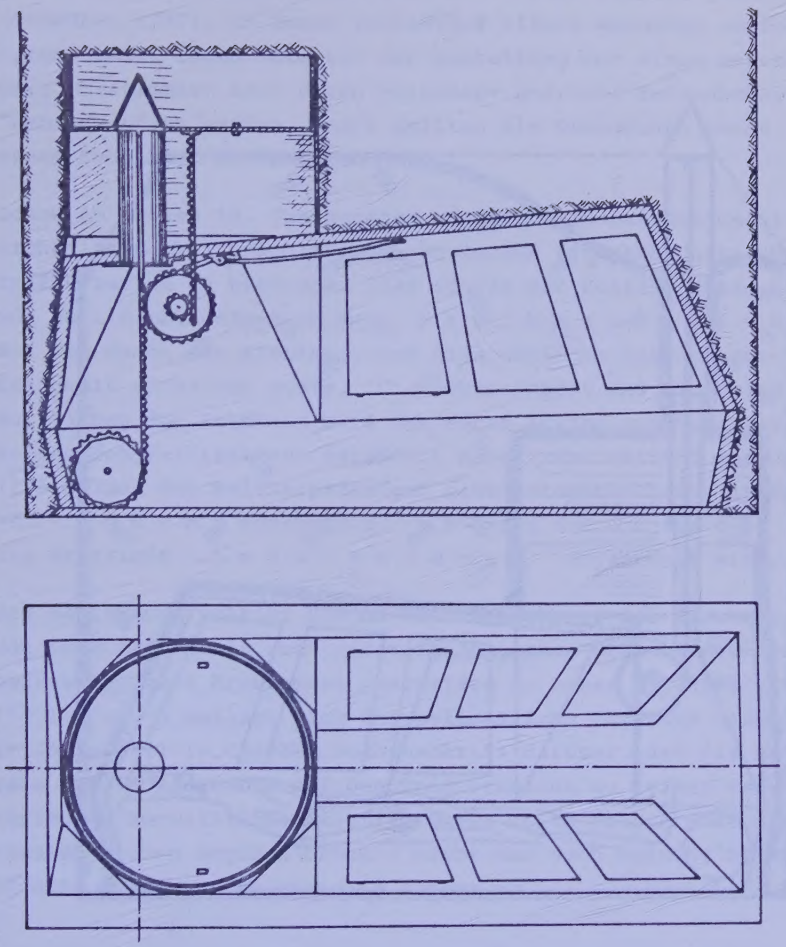

Abbildung 2: Grund- und Seitenriß des SCHELDschen Sicherheits-Sarges

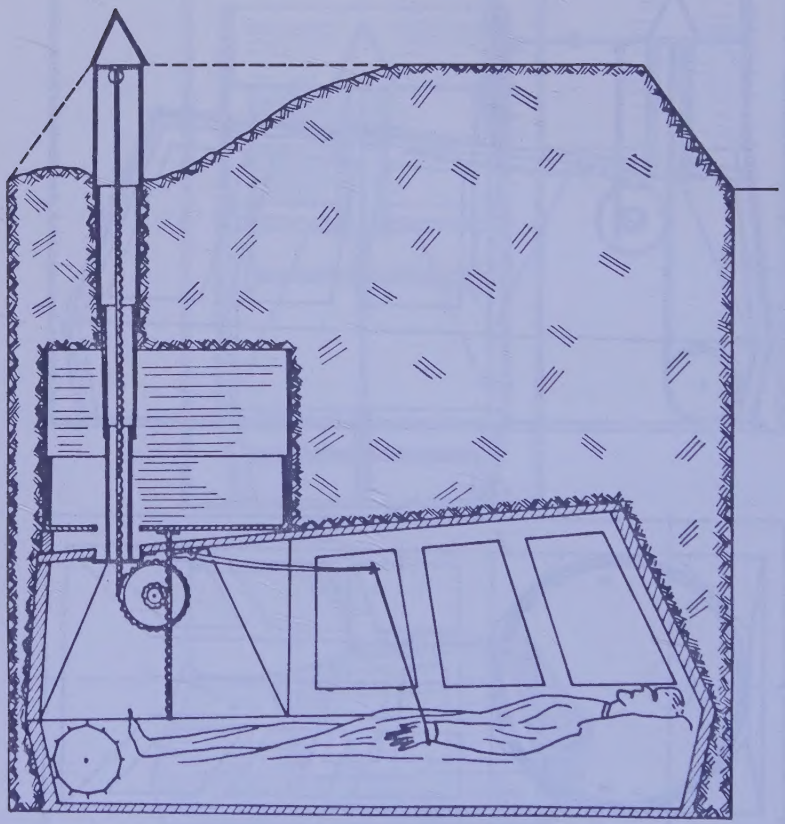

Abbildung 3: Seitenansicht des SCHELDschen Sicherheits-Sarges in funktionsfertigem Zustand

Selbst in Berlin sind in den letzten 20 Jahren im Rahmen der amtsärztlichen Leichenschau etwa acht Fälle bekannt geworden (SPENGLER 1977), in denen vorwiegend ältere Menschen verfügt hatten, nach ihrem Tode vor der Bestattung von einem besonders bestimmten Arzt durch Pulsader- und/oder Fersenschnitt "behandelt" zu werden. Damit wollten sie Genugtuung haben, einem Scheintod zu entgehen.

Schon im frühen 19. Jahrhundert wurde in Preußen die Geistlichkeit angehalten, Eintragungen in den Kirchenbüchern über Todesursachen zu fertigen. 1824 führte der Polizeipräsident von Berlin obligatorisch den S t e r b e z e t t e l ein, der den Namen der Krankheit und eine mögliche Ansteckungsfähigkeit enthalten mußte. "Die gewissenhaft und eigenhändige Ausfüllung der Rubriken wird den Herrn Ärzten und Wundärzten, welche den Verstorbenen behandelt haben, zur Pflicht gemacht." 1835 erläßt der Polizeipräsident eine Bekanntmachung, in der für j e d e n Sterbefall o b l i g a t o r i s c h die ärztliche L e i c h e n s c h a u angeordnet wird.

Die Bestimmung scheint sowohl im Hinblick auf die Errettung von Scheintoten als auch unter forensischen Gesichtspunkten befriedigendere Ergebnisse geschaffen zu haben (STÜRZBECHER 1970). Jedoch beklagt sich der polizeiliche Physikus MAGNUS im Jahre 1841 in CASPERs Wochenschrift darüber, daß die Angabe der Todesursache auf den Totenscheinen zu keiner verwertbaren Mortalitätsstatistik führe. Seine Klagen über die unzulänglichen Angaben haben - nicht nur nach Meinung STÜRZBECHERs - auch heute aktuelle Bedeutung.

2. PROBLEMSTELLUNG

In einer kürzlich erschienenen Mitteilung mit dem Titel "Bemerkungen zum Bestattungsgesetz von Baden-Württemberg" werfen MALLACH, BARZ und MATTERN (1977) das Problem des Scheintodes anhand von vier Fällen fehlerhafter Feststellung des Todes erneut auf. Sie fordern in dieser Mitteilung, daß ein Rechtsstaat wie die Bundesrepublik Deutschland, welcher die Würde des Menschen als Leitmotiv seiner Verfassung sieht, auch Vorkehrungen für eine exakte Feststellung des Todes treffen muß. Die Autoren zitieren indes nur die Rechtsvorschriften des Landes Baden-Württemberg, so daß nun ein Vergleich der rechtlichen Regelungen zum Zwecke der Leichenschau in den 11 Bundesländern der Bundesrepublik Deutschland angezeigt erscheint.

Die genannten Autoren heben am Beispiel ihrer vier Fälle hervor, daß die fehlerhaften Feststellungen des Todes bei Personen erfolgten, die Vergiftungserscheinungen mit schwerwiegender Einschränkung der Atem-, Herz- und Kreislauffunktion aufgewiesen hatten. Ein Fall aus dem Landesinstitut für Gerichtliche und Soziale Medizin Berlin ist nun geeignet, die Reihe fehlerhafter Feststellungen des Todes fortzusetzen. Sie sollen deshalb hier dargestellt werden.

Schließlich ist es angezeigt, die Maßnahmen der ärztlichen Leichenschau neu zu überdenken, damit künftighin, - gerade im Hinblick auf die Renaissance des Todesbegriffes -, zur Vermeidung fehlerhafter Feststellung des Todes allgemeine Beachtung finden mögen.

3. DIE ÄRZTLICHE LEICHENSCHAU IN DEN BUNDESLÄNDERN

3.1. Vorbemerkungen

Vergleichende Untersuchungen sind in den letzten 20 Jahren vor allem von GLÄSER (1959) sowie von GAEDKE (1971) angestellt worden. GLÄSER bemerkt dazu, daß auch nach der Reichsgründung 1871 der förderalistische Aufbau des Staates beibehalten worden sei: "Die meisten Angelegenheiten blieben in der Kompetenz der Länderregierungen, darunter das hier interessierende Leichenschauwesen. Daran änderten die Umbrüche 1918 und 1933 nichts oder nur recht wenig, und die Errichtung völlig neuer Ländergebilde innerhalb der späteren Bundesrepublik nach 1945 komplizierte die Rechtsgrundlagen nur noch mehr..."

Die ärztliche Leichenschau fand vormals eine Stütze in dem Paragraphen 367 des Strafgesetzbuches, welcher allerdings 1974 außer Kraft gesetzt worden ist. (Art. 19 Nr. 206 EG StGB vom 2. 3. 1974.) Er lautete: "Mit Geldstrafe bis zu 500.- DM oder mit Haft wird bestraft, wer ohne Vorwissen einer Behörde einen Leichnam beerdigt oder beiseite schafft und/oder wer polizeilichen Anordnungen über vorzeitige Beerdigungen entgegenhandelt..."

Unter B e e r d i g u n g wurde jede Art der Leichenbestattung, auch Feuerbestattung, unter B e i s e i t e - s c h a f f e n jede Handlung, durch welche die Leiche örtlich aus der Lage, in der sie sich befindet, entfernt und die Besichtigung durch die zuständige Behörde mindestens erschwert wird.

Die Zuständigkeit der Behörde ergibt sich aus dem Personenstandsgesetz in seiner Fassung vom 8. 8. 1957 (BGBl 1957, 1125 ff.) in Verbindung mit der Verordnung zur Ausführung des Personenstandsgesetzes vom 12. 8. 1957 (BGBl 1957, 1139 ff.). "Stirbt ein Mensch", so schreibt GAEDKE (1971), "so ist sein

Tod dem Standesbeamten, in dessen Bezirk er gestorben ist, spätestens am folgenden Werktage anzuzeigen". Einbezogen in diese Regelung ist der Paragraph 159 der Strafprozeßordnung.

§ 159 StPO: Unnatürlicher Tod.

(1) Sind Anhaltspunkte dafür vorhanden, daß jemand eines nicht natürlichen Todes gestorben ist, oder wird der Leichnam eines Unbekannten gefunden, so sind die Polizei- und Gemeindebehörden zur sofortigen Anzeige an die Staatsanwaltschaft oder den Amtsrichter verpflichtet.

(2) Zur Bestattung ist die schriftliche Genehmigung der Staatsanwaltschaft erforderlich.

Nach juristischer Auffassung dient diese Vorschrift der Beweissicherung für den Fall, daß der Tod durch die Straftat einer anderen Person verursacht worden ist. Die Rechtsprechung versteht unter dem n i c h t n a t ü r l i c h e n T o d Selbstmord, Unfall durch eine Handlung, die mit Strafe bedroht ist, oder sonst durch eine Einwirkung von außen.

3.2. Baden-Württemberg

3.2.1. Gesetz über das Friedhofs- und Leichenwesen (Bestattungsgesetz) vom 21. 7. 1970, in Kraft gesetzt am 1. 1. 1971
(Gesetzblatt für Baden-Württemberg 1970, 395 - 405)

§ 20: Leichenschaupflicht.

(1) Menschliche Leichen und Totgeburten (Leichen) sind zur Feststellung des Todes, des Todeszeitpunktes, der Todesart und der Todesursache von einem Arzt zu untersuchen (Leichenschau).

(2) Jeder niedergelassene Arzt ist verpflichtet, die Leichenschau auf Verlangen vorzunehmen. Gleiches gilt für Ärzte von Krankenhäusern und sonstigen Anstalten für Sterbefälle in der Anstalt.

§ 22: Vornahme der Leichenschau.

(1) Der Arzt hat die Leichenschau unverzüglich vorzunehmen. Er ist berechtigt, zu diesem Zweck jederzeit den Ort zu betreten, an dem die Leiche sich befindet, und dort die Leichenschau vorzunehmen. Das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Abs. 1 des Grundgesetzes) wird insoweit eingeschränkt.

(2) Der Arzt hat unverzüglich eine Todesbescheinigung und für die Todesursachenstatistik einen Leichenschauschein auszustellen, wenn er sichere Zeichen des Todes festgestellt hat.

(3) Ergeben sich Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod oder handelt es sich um die Leiche eines Unbekannten, so hat der Arzt sofort eine Polizeidienststelle zu verständigen. Er hat, soweit ihm das möglich ist, dafür zu sorgen, daß an der Leiche und deren Umgebung bis zum Eintreffen der Polizei keine Veränderungen vorgenommen werden. Die Todesbescheinigung darf erst ausgehändigt werden, wenn die Staatsanwaltschaft oder der Amtsrichter die Bestattung schriftlich genehmigt hat.

§ 23: Auskunftspflicht.

Ärzte und Heilpraktiker, die den Verstorbenen wegen einer dem Tode vorausgegangenen Erkrankung behandelt haben, und die Angehörigen des Verstorbenen sind verpflichtet, dem Arzt, der die Leichenschau vornimmt, über diese Erkrankung und die Todesumstände Auskunft zu geben.

§ 49: Ordnungswidrigkeiten.

(1) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig...

4. als Arzt die Leichenschau entgegen § 20 Abs. 2 nicht oder nicht unverzüglich vornimmt (§ 22 Abs. 1), ...
7. als Arzt die Todesbescheinigung oder den Leichenschauschein nicht oder nicht unverzüglich ausstellt (§ 22 Abs. 2),
8. als Arzt entgegen § 22 Abs. 3 eine Polizeidienststelle nicht oder nicht sofort verständigt,
9. als Arzt, Heilpraktiker oder als Angehöriger des Verstorbenen entgegen § 23 dem Arzt, der die Leichenschau vornimmt, die Auskunft verweigert oder unrichtig erteilt,...

(3) Ordnungswidrig handelt ferner, wer als Arzt in der Todesbescheinigung oder in dem Leichenschauschein unrichtige Angaben macht.

§ 50: Rechtsvorschriften.

(1) Das Innenministerium kann durch Rechtsverordnung Vorschriften erlassen über...

4. die Durchführung der Leichenschau,
5. Inhalt, Gestaltung und Ausstellung der Todesbescheinigung und des Leichenschauscheines (§ 22 Abs. 2) sowie ihre Weiterleitung an die zuständigen Behörden, ...

§ 53: Bestellte Leichenschauer.

Nach Inkrafttreten dieses Gesetzes wird die Leichenschau nicht mehr von amtlich bestellten Leichenschauern wahrgenommen.

3.2.2. Rechtsverordnung des Innenministeriums zur Durchführung des Bestattungsgesetzes (Bestattungsverordnung) vom 10. 12. 1970, in Kraft gesetzt am 1. 1. 1971 (Gesetzblatt für Baden-Württemberg 1970, 521 - 527)

§ 8: Verhinderung des Arztes.

Kann ein niedergelassener Arzt oder ein Anstaltsarzt (§ 20 Abs. 2 Satz 2 des Bestattungsgesetzes) dem Verlangen auf Vornahme der Leichenschau aus zwingenden Gründen, insbesondere zum Schutze eines höherwertigen Gutes nicht oder nicht unverzüglich nachkommen, so hat er das Verlangen unter Berufung hierauf abzulehnen. Ergeben sich nachträglich solche Hinderungsgründe, so hat er unverzüglich dafür zu sorgen, daß die Leichenschau von einem anderen Arzt vorgenommen wird; dies gilt auch für einen Arzt, der nicht zur Vornahme der Leichenschau verpflichtet ist, sich aber hierzu bereit erklärt hat.

§ 9: Vornahme der Leichenschau.

(1) Der Arzt hat sich zur Vornahme der Leichenschau an den Ort zu begeben, an dem sich die Leiche befindet.

(2) Wird dem Arzt das Betreten dieses Orts verwehrt oder wird er an der Vornahme der Leichenschau gehindert oder dabei behindert, so hat er die Ortspolizeibehörde zu verständigen, sofern er nicht unmittelbar die Hilfe einer Polizeidienststelle in Anspruch nimmt.

(3) Der Arzt muß sich durch Untersuchung der Leiche Gewißheit über den Eintritt des Todes verschaffen sowie Todeszeitpunkt, Todesursache und Todesart möglichst genau feststellen. Er hat zu diesem Zweck nötigenfalls Auskünfte über eine dem Tod vorausgegangene Erkrankung und die Todesumstände einzuholen. Werden dem Arzt Auskünfte verweigert oder erkennbar unvollständig oder unrichtig erteilt, so hat er die Ortspolizeibehörde zu verständigen.

(4) Das Ausmaß der Untersuchung der Leiche richtet sich nach den Umständen des Einzelfalls. Steht die Todesart nicht eindeutig fest, ist insbesondere der Tod aus unbekannter Ursache unerwartet eingetreten, so ist die Leiche zu entkleiden und besonders eingehend zu untersuchen.

§ 10: Auskunftspflicht.

(1) Der Arzt, der die Leichenschau vorgenommen hat, muß dem Arzt, der die ärztliche Bescheinigung für die Feuerbestattung ausstellt (§ 17 Abs. 1) auf Verlangen Auskunft über das Ergebnis seiner Untersuchungen und Erhebungen geben.

(2) Er soll auf Wunsch eines Angehörigen des Verstorbenen, der die Feuerbestattung besorgt, eine formlose Bescheinigung über die festgestellte Todesursache und Todesart zur Vorlage an den Arzt erteilen, der die ärztliche Bescheinigung für die Feuerbestattung ausstellt.

§ 11: Todesbescheinigung.

(1) Der Arzt stellt die Todesbescheinigung nach dem Muster Anlage 1 aus.

(2) Der Arzt händigt die Todesbescheinigung einem Angehörigen des Verstorbenen oder demjenigen aus, der für die Bestattung sorgt. Ist dies nicht möglich, übergibt er sie der Ortspolizeibehörde.

(3) Bedarf die Bestattung einer Genehmigung der Staatsanwaltschaft oder des Amtsrichters, so unterrichten diese den Arzt, der die Leichenschau vorgenommen hat, über die erteilte Genehmigung.

(4) Die Todesbescheinigung ist dem Standesamt vorzulegen. Der Standesbeamte trägt in die Todesbescheinigung die für das Standesamt vorgesehenen Angaben ein und gibt sie sodann zurück.

(5) Der Träger des Bestattungsplatzes vermerkt auf der Todesbescheinigung Tag und Ort der Erdbestattung.

§ 12: Leichenschauschein.

(1) Der Arzt stellt den Leichenschauschein nach dem Muster der Anlage 2 aus.

(2) Der Arzt verschließt den vertraulichen Teil des Leichenschauscheins und leitet diesen unverzüglich dem Standesamt zu oder übergibt ihn einem Angehörigen des Verstorbenen. Dieser ist verpflichtet, den Leichenschauschein unverzüglich dem Standesamt vorzulegen.

(3) Liegen Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod vor, so wartet der Arzt das Ergebnis der amtlichen Ermittlungen über die Todesart ab und leitet den Leichenschauschein selbst unmittelbar dem Standesamt zu.

(4) Der Standesbeamte trägt in den Leichenschauschein die für das Standesamt vorgesehenen Angaben ein und leitet ihn nach näherer Anordnung des Innenministeriums dem Gesundheitsamt zu.

3.3. Bayern

3.3.1. Bestattungsgesetz vom 24. 9. 1970, in Kraft gesetzt am 1. 1. 1971
(Gesetz- und Verordnungsblatt für Bayern 1970, 417 ff.)

Art. 2: Ärztliche Leichenschau.

(1) Jede Leiche muß vor der Bestattung zur Feststellung des Todes, der Todesart (natürlicher oder nicht natürlicher Tod) und der Todesursache von einem Arzt untersucht werden (Leichenschau).

(2) Auf Verlangen eines jeden auf Grund des Art. 15 zur Veranlassung der Leichenschau Verpflichteten oder einer nach Art. 14 Abs. 2 zuständigen Stelle

oder deren Beauftragten sind zur Leichenschau verpflichtet,

1. jeder Arzt, der in dem Gebiet der Kreisverwaltungsbehörde, in dem sich die Leiche befindet, oder in dem Gebiet einer angrenzenden kreisfreien Gemeinde niedergelassen ist,
2. in Krankenhäusern und Entbindungsheimen außerdem jeder dort tätige Arzt.

(3) Der Arzt kann die Leichenschau verweigern, wenn sie ihn oder einen Angehörigen, zu dessen Gunsten ihm in Strafverfahren wegen familienrechtlicher Beziehung das Zeugnisverweigerungsrecht zusteht, der Gefahr aussetzen würde, wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden.

Art. 3: Betretungs- und Auskunftsrecht.

(1) Zur Leichenschau dürfen der Arzt und die von ihm zugezogenen Sachverständigen und Gehilfen jederzeit den Ort betreten, an dem sich die Leiche befindet. Der Inhaber der tatsächlichen Gewalt hat ihnen Grundstück, Räume und bewegliche Sachen zugänglich zu machen.

(2) Wer den Verstorbenen unmittelbar vor dem Tod berufsmäßig behandelt oder gepflegt hat, hat auf Verlangen des Arztes, der die Leichenschau vornimmt, unverzüglich die zu diesem Zweck erforderlichen Auskünfte zu erteilen und Unterlagen vorzulegen.

Die gleiche Verpflichtung trifft jeden Arzt, der den Verstorbenen nach dessen Tod untersucht hat. Der Verpflichtete kann die Auskunft und die Vorlage von Unterlagen verweigern, soweit er dadurch sich selbst oder einen Angehörigen, zu dessen Gunsten ihm in Strafverfahren wegen familienrechtlicher Beziehung das Zeugnisverweigerungsrecht zusteht, der Gefahr aussetzen würde, wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden.

Art. 6: Tot- und Fehlgeburten, Körper- und Leichenteile.

(1) Für eine totgeborene oder während der Geburt verstorbene Leibesfrucht von mindestens 35 cm Länge (Totgeburt) gelten die Vorschriften dieses Gesetzes und die auf Grund dieses Gesetzes ergangenen Rechtsvorschriften über Leichen und Aschenreste Verstorbener sinngemäß.

(2) Eine totgeborene oder während der Geburt verstorbene Leibesfrucht unter 35 cm Länge (Fehlgeburt) und Körper- und Leichteile müssen durch den Verfügungsberechtigten oder, wenn ein solcher nicht feststellbar oder verhindert ist, durch den Inhaber des Gewahrsams unverzüglich in schicklicher und gesundheitlich unbedenklicher Weise beseitigt werden, soweit und solange sie nicht medizinischen oder wissenschaftlichen Zwecken dienen oder als Beweismittel von Bedeutung sind.

Art. 15: Verpflichtete.

(1) Das Staatsministerium des Innern wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung zu bestimmen, wer die Leichenschau zu veranlassen und für die Bestattung, die ihr vorausgehenden notwendigen Verrichtungen und für Umbettungen zu sorgen hat, unter welchen Voraussetzungen diese Verpflichtungen bestehen und wie und innerhalb welcher Zeit sie zu erfüllen sind...

Art. 16: Durchführungsvorschriften.

Das Staatsministerium des Innern wird ermächtigt, durch Rechtsverordnungen...

(1) die erforderlichen Vorschriften zu erlassen, um die Einhaltung dieser Anforderungen und darüber hinausgehende Belange der öffentlichen Sicherheit und Ordnung sicherzustellen, ferner um die von Leichen, Fehlgeburten, Körper- und Leichenteilen ausgehenden Gefährdungen abzuwehren und zu verhindern, daß öffentliche Bestattungsein-

richtungen mehr als durch eine schickliche Totenehrung geboten beansprucht werden. In diesen Rechtsverordnungen kann das Staatsministerium des Innern insbesondere...

b) vorschreiben, daß die Leichenschau durch einen im öffentlichen Gesundheitsdienst tätigen oder von der zuständigen Behörde bestellten Arzt durchzuführen oder zu wiederholen oder eine innere Leichenschau vorzunehmen ist, ferner bestimmen, daß die Ärzte an Verstorbenen, die sie behandelt haben, die Leichenschau nicht vornehmen dürfen,

c) die Pflichten des Arztes, der die Leichenschau vornimmt, und desjenigen, der die Leichenschau veranlaßt, festlegen, ...

(2) Ärzte bestimmter Fachrichtungen oder Ärzte, die zu dem Verstorbenen in einer familienrechtlichen Beziehung der in Art. 2 Abs. 3 bezeichneten Art gestanden haben, von der Verpflichtung nach Art. 2 Abs. 2 auszunehmen; ...

Art. 18: Ordnungswidrigkeiten.

(1) Mit Geldbuße kann belegt werden, wer

1. eine Leiche beiseite schafft oder bestattet, ohne daß die in diesem Gesetz oder auf Grund dieses Gesetzes oder in anderen Rechtsvorschriften festgelegten Voraussetzungen für die Bestattung vorliegen,
2. ohne die vorgeschriebene Leichenschau und ohne sichere Zeichen des Todes eine Leichenöffnung vornimmt oder eine Leiche zu medizinischen oder wissenschaftlichen Zwecken verwendet,
3. bei der Öffnung einer Leiche oder ihrer Verwendung zu medizinischen oder wissenschaftlichen Zwecken oder wer als Arzt bei der Leichenschau oder als Bestatter in Ausübung seines Berufs Anzeichen für einen nicht natür-

lichen Tod feststellt und nicht unverzüglich die Polizei oder Staatsanwaltschaft verständigt,

4. eine Leiche eines Unbekannten oder eine Leiche, für die Anhaltspunkte eines nicht natürlichen Todes bestehen, öffnet oder zu medizinischen oder wissenschaftlichen Zwecken verwendet, bevor nicht die Staatsanwaltschaft oder der Amtsrichter zugestimmt oder die Bestattung schriftlich genehmigt hat,
5. fortfährt, eine Leiche, an der bisher unbekannte Anzeichen eines nicht natürlichen Todes auftauchen, zu öffnen oder zu medizinischen oder wissenschaftlichen Zwecken zu verwenden, bevor nicht die Staatsanwaltschaft oder der Amtsrichter zugestimmt oder die Bestattung schriftlich genehmigt hat,
6. als Arzt der Pflicht, die Leichenschau vorzunehmen, nicht oder nicht rechtzeitigt nachkommt, ...

(2) Mit Geldbuße kann auch belegt werden, wer in den Fällen des Absatzes 1 Nrn 1 bis 5, 8 und 10 die Tat fahrlässig begangen hat.

3.3.2. Verordnung zur Durchführung des Bestattungsgesetzes (Bestattungsverordnung) vom 9. 12. 1970, in Kraft gesetzt am 1. 1. 1971
(Gesetz- und Verordnungsblatt für Bayern 1970, 671 ff.)

§ 3: Todesbescheinigung.

(1) Der zur Leichenschau zugezogene Arzt hat die Leichenschau unverzüglich vorzunehmen und darüber eine Todesbescheinigung auszustellen, die aus einem vertraulichen und einem nicht vertraulichen Teil

besteht. Er darf die Todesbescheinigung erst ausstellen, wenn er an der Leiche sichere Anzeichen des Todes festgestellt hat. Vom nicht vertraulichen Teil der Todesbescheinigung hat er eine Durchschrift zu fertigen.

(2) Inhalt und Form der Todesbescheinigung müssen dem vom Staatsministerium des Innern bekanntgemachten Muster entsprechen.

(3) Die Todesbescheinigung ist, sofern nicht § 4 Abs. 1 zutrifft, mit der Durchschrift sogleich demjenigen auszuhändigen, der die Leichenschau veranlaßt hat. Dieser hat die Todesbescheinigung mit der Durchschrift unverzüglich dem für die Beurkundung des Sterbefalles zuständigen Standesamt zuzuleiten. Falls er nicht selbst für die Bestattung sorgt, hat er die Durchschrift der Todesbescheinigung, auf der der Standesbeamte die Beurkundung des Sterbefalles vermerkt hat, dem zur Bestattung Verpflichteten zu übergeben. Ist dieser nicht zur Stelle, so hat derjenige, der die Leichenschau veranlaßt hat, die Durchschrift der Todesbescheinigung der Gemeinde oder, wenn sich die Leiche im gemeindefreien Gebiet befindet, dem Landratsamt zuzuleiten.

§ 4: Nicht natürlicher Tod, Leiche eines Unbekannten.

(1) Ergeben sich Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod oder wird die Leiche eines Unbekannten aufgefunden, so dürfen bis zum Eintreffen des Arztes, der die Leichenschau vornimmt, an der Leiche nur Veränderungen vorgenommen werden, die aus Gründen der öffentlichen Sicherheit zwingend erforderlich sind. Der zur Leichenschau zugezogene Arzt hat sogleich die Polizei zu verständigen und ihr die Todesbescheinigung mit Durchschrift zuzuleiten.

(2) Gericht, Staatsanwaltschaft und Polizei können die Todesbescheinigung einsehen, wenn die Voraussetzungen des Absatzes 1 Satz 1 gegeben sind.

(3) Die Polizei leitet die Todesbescheinigung und deren Durchschrift zusammen mit der Anzeige des Sterbefalles (§ 35 PStG) dem für die Beurkundung des Sterbefalles zuständigen Standesbeamten zu. Die Durchschrift der Todesbescheinigung darf dem zur Bestattung Verpflichteten erst ausgehändigt werden, wenn der Staatsanwalt oder der Amtsrichter die Bestattung schriftlich genehmigt hat.

§ 5: Leichenschau in sonstigen Fällen.

(1) Die Leichenschau ist von einem Arzt des Gesundheitsamtes, in dessen Amtsbezirk sich die Leiche befindet, durchzuführen, wenn kein anderer Arzt die Leichenschau vornimmt.

(2) Ist anzunehmen, daß die Leichenschau nicht ordnungsgemäß vorgenommen wird, so kann die Staatsanwaltschaft oder die Polizei verlangen, daß die Leichenschau von einem Arzt des Gesundheitsamtes, in dessen Amtsbezirk sich die Leiche befindet, oder von einem Landgerichtsarzt vorgenommen wird, oder, wenn sie bereits durchgeführt worden ist, wiederholt wird.

§ 9: Frühester Bestattungszeitpunkt.

(1) Die Bestattung ist frühestens 48 Stunden nach Eintritt des Todes zulässig...

3.4. Berlin

3.4.1. Gesetz über das Leichen- und Bestattungswesen (Bestattungsgesetz) vom 2. 11. 1973, in Kraft gesetzt am 1. 7. 1974
(Gesetz- und Verordnungsblatt für Berlin 1973, 1830-1833)

§ 1: Leichen.

(1) Dieses Gesetz findet auf menschliche Leichen Anwendung.

(2) Leichen im Sinne des Gesetzes sind auch totgeborene Kinder. Als totgeborene Kinder gelten Leibesfrüchte, die mindestens 35 Zentimeter lang sind und bei denen sich nach der Scheidung vom Mutterleib keines der Merkmale des Lebens gezeigt hat.

§ 3: Leichenschaupflicht.

(1) Jede Leiche ist zur Feststellung des Todes, des Todeszeitpunkts, der Todesart und der Todesursache von einem Arzt zu untersuchen (Leichenschau).

(2) Jeder niedergelassene Arzt ist verpflichtet, die Leichenschau auf Verlangen vorzunehmen, sofern er nicht aus wichtigem Grund daran gehindert ist. Bei Sterbefällen in Krankenanstalten trifft diese Verpflichtung die dort tätigen Ärzte.

§ 5: Leichen von Unbekannten.

Wer bei dem Tode eines Unbekannten zugegen ist oder die Leiche eines Unbekannten findet, hat hiervon unverzüglich die Polizeibehörde zu benachrichtigen. Die Leichenschau wird in diesen Fällen von der Polizeibehörde veranlaßt.

§ 6: Vornahme der Leichenschau.

(1) Der Arzt hat die Leichenschau grundsätzlich innerhalb von zwölf Stunden nach der Aufforderung hierzu vorzunehmen und über seine Feststellung unter Verwendung des amtlichen Vordrucks unverzüglich einen Leichenschauschein auszustellen.

(2) Ergeben sich bei der Leichenschau Anhaltspunkte dafür, daß der Verstorbene eines nicht natürlichen Todes gestorben ist, so beendet der Arzt die Leichenschau mit dieser Feststellung und benachrichtigt sofort die Polizeibehörde.

§ 7: Auskunftspflicht.

(1) Ärzte, Zahnärzte und Heilpraktiker, die den Verstorbenen vor seinem Tode behandelt haben, sind verpflichtet, dem Arzt, der die Leichenschau vornimmt, auf Verlangen über den von ihnen festgestellten Krankheitszustand Auskunft zu geben.

(2) Die in Absatz 1 genannten Ärzte, Zahnärzte und Heilpraktiker sind berechtigt, die Auskünfte auch der Polizeibehörde zu geben.

§ 24: Ordnungswidrigkeiten.

(1) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig

1. als Arzt
   a) die Leichenschau entgegen § 6 Abs. 1 nicht oder nicht rechtzeitig vornimmt, obwohl er sich zur Vornahme der Leichenschau bereit erklärt hat,
   b) den Leichenschauschein entgegen § 6 Abs. 1 unvollständig, unrichtig oder nicht unverzüglich ausstellt,
   c) die Polizeibehörde entgegen § 6 Abs. 2 nicht oder nicht rechtzeitig benachrichtigt,
2. als Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker Auskünfte nach § 7 unrichtig erteilt, ...

§ 25: Rechtsverordnungen.

(1) Der Senat kann zur Durchführung dieses Gesetzes Rechtsverordnungen erlassen über

1. den Inhalt, die Ausstellung und die Verwendung des Leichenschauscheins, des Bestattungsscheins und des Leichenpasses, ...

3.5. Bremen

3.5.1. Gesundheitsdienstordnung vom 13. 9. 1935, letztmals geändert am 30. 4. 1947
(Gesetzblatt der Freien Hansestadt Bremen 1935, 191 ff.; 1937, 133, 183 und 209; 1939, 200; 1940, 45; 1947, 65)

"Auf Grund des § 10 des Gesetzes über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. 7. 1934 (RGBl 1934, I 531 ff.) hat der Senat folgende Verordnung beschlossen:

§ 18: Leichenschau.

(1) Ein Arzt darf einen Totenschein (§ 27) nur ausstellen, wenn er den Leichnam sorgfältig untersucht und die Kennzeichen des Todes wahrgenommen hat.

(2) In Todesfällen, die den Verdacht eines Verbrechens, Vergehens, Selbstmordes, Unglücksfalles oder einer ansteckenden Krankheit erregen, ist der Totenschein nicht den Angehörigen des Verstorbenen, sondern der Polizeibehörde zuzustellen. Die Polizeibehörde kann, um die Todesursache zu ermitteln, im Einvernehmen mit dem Gesundheitsamt die Leichenöffnung anordnen, soweit nicht gerichtliche Untersuchung in Frage kommt.

§ 19: Unnatürlicher Tod.

An Leichen, die Gegenstand einer gerichtlichen Untersuchung werden können, darf ein Arzt in den in § 18 Abs. 2 genannten Fällen die Leichenöffnung nur mit Genehmigung des Staatsanwaltes, an anderen Leichen gegen den Widerspruch der nächsten Anverwandten nicht vornehmen.

3.6. Hamburg

3.6.1. Gesetz über das Gesundheitswesen vom 15. 3. 1920

3.6.2. Ausführungsbestimmungen zu 3.6.1. vom 28. 7. 1920 (BL I 2120 - a - 1)

C Meldung von Todesfällen

1. Jeder Arzt ist verpflichtet, über jeden unter seiner Behandlung verstorbenen Kranken nach der Leichenbesichtigung eine Todesbescheinigung nach einem von der zuständigen Behörde herausgegebenen Vordruck auszustellen und die Todesursache (tödliche Krankheit) nach bestem Wissen und Gewissen genau einzutragen.
2. Ein Arzt darf eine Todesbescheinigung nicht ausstellen:
   a) wenn er bei der zuständigen ärztlichen Bezirksvereinigung nicht angemeldet ist (aufgehoben durch Personenstandsgesetz in der Fassung vom 8. 8. 1957; BGBl 1957, 1125);
   b) wenn der Verstorbene nicht in seiner Behandlung gewesen ist;
   c) wenn sich bei dem Verstorbenen während der Krankheit oder nach dem Tode Spuren einer nicht natürlichen Todesursache gezeigt haben; es sei denn, daß schon vor Eintritt des Todes den zuständigen Behörden Anzeige gemacht wurde;
   d) wenn es sich um ein totgeborenes Kind handelt, bei dessen Geburt er nicht zugegen gewesen ist.

   In allen diesen Fällen sind die Angehörigen zur Ausstellung der Todesbescheinigung an den zuständigen Amtsarzt zu verweisen. Dieser hat die Bescheinigung der zuständigen Behörde zuzustellen, die nach der Untersuchung gegebenenfalls zu bescheinigen hat, daß gegen die Bestattung nichts einzuwenden ist, und dann die Bescheinigung den Angehörigen aushändigt...

3. Bei totgeborenen Früchten, die eine Körperlänge von 35 cm nicht erreicht haben, bedarf es keiner Todesbescheinigung, doch ist zur Beerdigung auf einem Friedhof ein vom Amtsarzt auszustellender Erlaubnisschein erforderlich.

4. Die Todesbescheinigungen sind, soweit sie von nicht beamteten Ärzten ausgestellt werden, den Angehörigen der Verstorbenen auszuhändigen...

8. Eine Leichenöffnung ist zu unterbrechen, falls dabei Erscheinungen auftreten, die den Verdacht einer nicht natürlichen Todesursache entstehen lassen. Der zuständigen Behörde ist unverzüglich Mitteilung zu machen.

3.6.3. Polizeiverordnung über das Leichenwesen vom 3. 8. 1939 (RSG Nr. 2129 b)

§ 1: Bestattung von Leichen

(1) Leichen dürfen erst nach Eintritt der Merkmale des Todes, frühestens nach Ablauf von 48 Stunden nach dem Tode, bestattet werden.

(2) Auf Antrag der Bestattungspflichtigen kann die zuständige Behörde ausnahmsweise eine frühere Bestattung genehmigen, falls durch ärztliches, auf Grund eigener Wahrnehmungen ausgestelltes Zeugnis bescheinigt wird, daß an der Leiche die Merkmale des eingetretenen Todes festgestellt sind oder die Verwesung so ungewöhnliche Fortschritte gemacht hat, daß j e d e M ö g l i c h k e i t des S c h e i n t o d e s ausgeschlossen ist...

3.6.4. Fachliche Weisung der Gesundheitsbehörde und Dienstanweisung vom 21. 2. 1975 (P/4/529 - 12.14)

Regelung des Verfahrens mit Todesbescheinigungen...

2.2. Ist die Todesart n a t ü r l i c h e r T o d nicht vermerkt, so wird vor der standesamtlichen Beurkundung vom Standesamt oder von der Krankenanstalt (falls nicht vom Arzt oder von den Angehörigen bereits eingeleitet) die kriminalpolizeiliche Klärung veranlaßt...

3.6.5. Dienstanweisung für den Rettungsdienst...

... Die Prüfung der Todeszeichen muß besonders sorgfältig erfolgen, weil der erste Eindruck den Tod vortäuschen kann...

3.7. Hessen

3.7.1. Gesetz über das Friedhofs- und Bestattungswesen vom 17. 12. 1964, in Kraft gesetzt am 1. 4. 1965 (Gesetz- und Verordnungsblatt für Hessen 1964, 225 ff., 1969, 199 ff. und 1970, 598 ff.)

§ 11: Ärztliche Leichenschau.

(1) Vor der Bestattung müssen Tod, Todesart und -ursache im Wege der Leichenschau festgestellt werden.

(2) Jeder Arzt ist auf Verlangen zur Vornahme der Leichenschau verpflichtet.

§ 13: Ordnungswidrigkeiten.

(1) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig

1. entgegen § 12 Abs. 1 als Angehöriger (§ 12 Abs. 2) oder als Verpflichteter nach § 12 Abs. 3 die zum Schutze der Gesundheit und der Totenruhe erforderlichen Sorgemaßnahmen (§ 10) sowie die Leichenschau (§ 11) nicht unverzüglich veranlaßt.
2. Wer auf Grund des § 18 dieses Gesetzes erlassener Rechtsvorschrift zuwiderhandelt...

3.7.2. Verordnung über das Leichenschauwesen vom 12. 3. 1965, in Kraft gesetzt am 1. 4. 1965
(Gesetz- und Verordnungsblatt für Hessen 1965, 63 ff.; 1967, 183 ff.; 1974, 335)

§ 3: Ärztliche Leichenschau.

(1) Die Leichenschau ist unverzüglich vorzunehmen. Der zur Leichenschau zugezogene Arzt hat die Leiche sorgfältig zu untersuchen und den Leichenschauschein auszustellen. Der Leichenschauschein ist zu verschließen und einer nach § 12 des Gesetzes über das Friedhofs- und Bestattungswesen sorgepflichtigen Person auszuhändigen. In den Fällen des § 159 der Strafprozeßordnung darf die Staatsanwaltschaft oder der Amtsrichter den Leichenschauschein öffnen.

(2) Die Leichenschau ist von einem beamteten Arzt des für den Sterbe- oder Auffindungsort zuständigen Gesundheitsamtes durchzuführen, wenn

1. kein anderer Arzt die Leichenschau vornimmt oder
2. das Gericht, die Staatsanwaltschaft oder eine Polizeidienststelle hierzu auffordert.

(3) Angehörige, Hausgenossen und Pflegepersonen des Verstorbenen, Ärzte, die den Verstorbenen behandelt haben, sowie Personen, die beim Tod anwesend waren, sind auf Verlangen des zur Leichenschau zugezogenen Arztes verpflichtet, die erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

(4) Für den Leichenschauschein ist ein Vordruck nach dem Muster der Anlage zu verwenden. Etwa verbliebene Zweifel über Todesart und -ursache sind in dem Leichenschauschein zu vermerken.

§ 4: Benachrichtigung der Polizei und des Gesundheitsamtes.

(1) Der zur Leichenschau zugezogene Arzt hat unverzüglich die zuständige Dienststelle der Vollzugspolizei zu benachrichtigen, wenn

1. sich Anhaltspunkte dafür ergeben, daß der Verstorbene eines nicht natürlichen Todes gestorben ist
   oder
2. es sich um die Leiche eines Unbekannten handelt.

(2) Die Meldepflicht des Arztes nach den Vorschriften des Bundesseuchengesetzes bleibt unberührt.

3.8. Niedersachsen

3.8.1. Gesetz über das Leichenwesen vom 29. 3. 1963, in Kraft gesetzt am 1. 4. 1963
(Niedersächsisches Gesetz- und Verordnungsblatt 1963, 142 ff.)

§ 1: Leichenschau.

(1) Jede menschliche Leiche ist zur Feststellung des Todes, der Todesart und der Todesursache von einem Arzt zu untersuchen (Leichenschau). Der Arzt hat

hierüber eine Todesbescheinigung (Leichenschauschein) nach vorgeschriebenem Muster auszustellen.

(2) Ein Kind, bei dem nach der Scheidung vom Mutterleib entweder das Herz geschlagen oder die Nabelschnur pulsiert oder die natürliche Lungenatmung eingesetzt hat, gilt, wenn es verstorben ist, als Leiche.

(3) Als Leiche gilt auch eine Leibesfrucht, bei der sich nach der Scheidung vom Mutterleib keine der in Absatz 2 genannten Merkmale des Lebens gezeigt haben, deren Größe aber mindestens 35 cm beträgt.

§ 3: Vornahme der Leichenschau.

(1) Die Leichenschau ist unverzüglich vorzunehmen. Der Arzt hat die Leiche sorgfältig zu untersuchen und den Leichenschauschein auszustellen.

(2) Stellt der Arzt Anzeichen dafür fest, daß die verstorbene Person nicht eines natürlichen Todes gestorben ist, oder erlangt er von Umständen Kenntnis, die den Verdacht eines nicht natürlichen Todes begründen, oder handelt es sich um die Leiche eines Unbekannten, so hat der Arzt die für den Sterbe- oder Auffindungsort zuständige Polizeidienststelle unverzüglich zu benachrichtigen und ihr den Leichenschauschein zuzuleiten. Ist der Todesfall in einer Vollzugsanstalt der Justizverwaltung eingetreten, so tritt an die Stelle der Polizeidienststelle die örtlich zuständige Staatsanwaltschaft oder das örtlich zuständige Amtsgericht.

(3) Die Leichenschau ist von einem beamteten Arzt des für den Sterbe- oder Auffindungsort zuständigen Gesundheitsamtes durchzuführen, wenn
a) kein anderer Arzt die Leichenschau vornimmt,
b) das zuständige Gericht, die zuständige Staatsanwaltschaft oder eine Polizeidienststelle das Gesundheitsamt hierzu auffordert.

(4) Soweit nicht die Voraussetzungen des Absatzes 2

vorliegen, hat der Arzt den Leichenschauschein einem der nach § 2 Verpflichteten auszuhändigen. Dieser hat den Leichenschauschein unverzüglich dem für den Sterbeort zuständigen Standesbeamten zuzuleiten.

§ 5: Unrichtige Todesbescheinigung.

Ein Arzt, der vorsätzlich oder leichtfertig eine unrichtige Bescheinigung über die Todesursache ausstellt, wird mit Gefängnis bis zu einem Jahr und mit Geldstrafe oder mit einer dieser Strafen bestraft.

§ 7: Ordnungswidrigkeiten.

(1) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig ...

2. einen Leichenschauschein (§ 1 Abs. 1 und § 3 Abs. 1)
   a) ohne Leichenschau oder
   b) nicht nach vorgeschriebenem Muster

   ausstellt,
3. als Arzt es unterläßt, die zuständige Polizeidienststelle unverzüglich zu benachrichtigen und ihr den Leichenschauschein zuzuleiten (§ 3 Abs. 2), wenn er
   a) bei der Leichenschau Anzeichen eines nicht natürlichen Todes feststellt,
      oder
   b) bei der Leichenschau von Umständen Kenntnis erlangt, die den Verdacht eines nicht natürlichen Todes begründen,
      oder
   c) die Leichenschau bei der Leiche eines Unbekannten vornimmt...

3.8.2. Verordnung über die Bestattung von Leichen vom 29. 10. 1964, in Kraft gesetzt am 29. 10. 1964 (Niedersächsisches Gesetz- und Verordnungsblatt 1964, 183-184)

§ 1: Bestattungsfrist.

(1) Eine Leiche darf erst nach Ablauf von achtundvierzig Stunden seit dem Eintritt des Todes bestattet werden. Auf Antrag desjenigen, der für die Bestattung sorgt, kann die zuständige Behörde ausnahmsweise eine frühere Bestattung zulassen.

3.9. Nordrhein-Westfalen

3.9.1. Ordnungsbehördengesetz vom 16. 10. 1956 (§ 29 Abs. 1)

3.9.2. Verordnung über das Leichenwesen vom 10. 12. 1964, in Kraft gesetzt am 1. 1. 1965 (Gesetzblatt für Nordrhein-Westfalen 1964, 415 ff.)

§ 1: Bestattung von Leichen.

(1) Eine Leiche darf erst bestattet werden, wenn dem Standesamt die von einem Arzt ausgestellte Todesbescheinigung eingereicht worden ist und der Standesbeamte daraufhin die Eintragung des Sterbefalles vorgenommen hat.

(2) Eine Bestattung vor der Eintragung des Sterbefalles ist nur mit Genehmigung oder auf Anordnung der örtlichen Ordnungsbehörde zulässig.

(3) Sind die Anhaltspunkte dafür vorhanden, daß jemand eines nicht natürlichen Todes gestorben ist, oder wird der Leichnam eines Unbekannten gefunden, ist die Bestattung nur zulässig, wenn sie durch die

Staatsanwaltschaft oder durch das Amtsgericht nach § 159 Abs. 2 StPO genehmigt worden ist.

§ 3: Todesbescheinigung.

(1) Der Arzt darf die Todesbescheinigung erst ausstellen, wenn er die Leiche persönlich besichtigt und untersucht hat (Leichenschau).

(2) Der Arzt hat die Leichenschau alsbald nach Erhalt der Anzeige über den Todesfall vorzunehmen.

(3) Falls kein anderer Arzt die Leichenschau vornimmt, ist sie von einem Arzt des für den Sterbe- oder Auffindungsort zuständigen Gesundheitsamtes durchzuführen.

(4) Bei der Leichenschau ist insbesondere festzustellen,
a) ob der Tod eingetreten ist,
b) ob der Tote eines natürlichen Todes infolge einer bestimmt zu bezeichnenden Krankheit gestorben und wegen dieser Krankheit von einem Arzt behandelt worden ist oder ob Anzeichen einer gewaltsamen Todesart vorliegen,
c) aus welcher Ursache der Tod eingetreten ist und
d) ob Umstände vorliegen, die Maßnahmen zur Abwehr von Seuchen nach dem Bundes-Seuchengesetz erfordern.

(5) Der Arzt hat das Ergebnis seiner Feststellungen in die Todesbescheinigung einzutragen.

3.10. Rheinland-Pfalz

3.10.1. Polizeiverwaltungsgesetz (§§ 1, 28, 38, 39 und 44)

3.10.2. Landespolizeiverordnung über das Leichenwesen vom 21.10.1974, in Kraft gesetzt am 1. 1. 1975 (Gesetz- und Verordnungsblatt für Rheinland-Pfalz 1974, 448-452)

§ 2: Todesbescheinigung, Leichenschauschein und Sektionsschein.

(1) Die Genehmigung zur Bestattung einer Leiche darf die Ortspolizeibehörde erst erteilen, nachdem ihr ein von einem Arzt ausgestelltes Zeugnis über das Ableben der Person (Todesbescheinigung) nach anliegendem Muster (Anlage) vorgelegt und der Sterbefall bei dem Standesbeamten angezeigt worden ist. Der Standesbeamte vermerkt die Anzeige des Sterbefalles auf der Todesbescheinigung und dem Leichenschauschein (Absatz 4).

(2) In den Fällen des § 159 der Strafprozeßordnung in ihrer jeweils geltenden Fassung darf die Bestattungsgenehmigung durch die Ortspolizeibehörde nur erteilt werden, wenn die Bestattung durch die Staatsanwaltschaft oder durch den Amtsrichter schriftlich genehmigt worden ist...

(4) Der die Todesbescheinigung ausstellende Arzt hat gleichzeitig einen Leichenschauschein nach anliegendem Muster... und gegebenenfalls einen Sektionsschein nach anliegendem Muster... auszufüllen. Der Leichenschauschein ist ebenfalls dem Standesbeamten vorzulegen. Der Standesbeamte sendet die Leichenschauscheine ungeöffnet monatlich gesammelt an das Gesundheitsamt. Dieses leitet sie alsbald nach der Auswertung an das Statistische Landesamt weiter, das sie später zum endgültigen Verbleib an das Gesundheitsamt zurückreicht.

§ 3: Ärztliche Leichenschau.

(1) Die Leichenschau darf nur von einem Arzt durchgeführt werden.

(2) Der Arzt darf Todesbescheinigung, Leichenschauschein und Sektionsschein nur ausstellen, nachdem er die Leiche persönlich besichtigt hat. Die Leiche soll unbekleidet sein.

§ 12: Sektion.

(1) Hält der die Leichenschau (§ 3) durchführende Arzt eine klinische Sektion als Ergänzung der Leichenschau für erforderlich, hat er den Sektionsschein dem Sektionsauftrag als Anlage beizufügen. Der die Sektion durchführende Obduzent ist verpflichtet, den Sektionsschein nach Eintragung des Sektionsergebnisses unverzüglich dem für den Sterbeort zuständigen Gesundheitsamt vorzulegen...

§ 18: Ordnungswidrigkeiten.

(1) Ordnungswidrig im Sinne des § 38 des Polizeiverwaltungsgesetzes von Rheinland-Pfalz handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig...

2. entgegen § 2 Abs. 1 und 4 sowie § 3 als Arzt die Todesbescheinigung oder den Leichenschauschein nicht richtig oder ohne persönliche Besichtigung der Leiche ausstellt oder die Durchführung der Leichenschau trotz Verpflichtung verweigert...

3.11. Saarland

3.11.1. Polizeiverwaltungsgesetz (§§14, 24 und 33)

3.11.2. Polizeiverordnung über das Leichenwesen vom 10. 3. 1967, in Kraft gesetzt am 10. 3. 1967 (Amtsblatt des Saarlandes 1967, 267-269)

§ 2: Leichenschauschein.

Die Erlaubnis zur Bestattung darf erst erteilt werden, wenn

1. ein Leichenschauschein
2. eine Sterbeurkunde

oder

eine Bescheinigung des für den Sterbeort zuständigen Standesbeamten über die Beurkundung des Sterbefalls
oder
eine Genehmigung der Ortspolizeibehörde des Sterbeorts nach § 39 Abs. 1 des Personenstandsgesetzes vorgelegt und

3. erforderlichenfalls eine gerichtliche oder staatsanwaltschaftliche Erlaubnis zur Bestattung erteilt worden ist.

§ 3: Ärztliche Leichenschau.

(1) Die Leichenschau ist unverzüglich vorzunehmen. Der zur Leichenschau zugezogene Arzt hat die Leiche sorgfältig zu untersuchen und den Leichenschauschein auszustellen. Der Leichenschauschein ist zu verschließen und dem zuständigen Standesbeamten zuzuleiten. Jeweils am Monatsende sind die eingegangenen Leichenschauscheine ungeöffnet dem zuständigen Gesundheitsamt zu übersenden, das dieselben bis zum 15. des folgenden Monats an das Statistische Landesamt in Saarbrücken weiterleitet.
In den Fällen des § 159 der Strafprozeßordnung darf die Polizei, die Staatsanwaltschaft oder der Amtsrichter den Leichenschauschein öffnen.

(2) Die Leichenschau ist von einem beamteten Arzt des für den Sterbe- oder Auffindungsort zuständigen Gesundheitsamtes durchzuführen, wenn

1. kein anderer Arzt die Leichenschau vornimmt
oder
2. das Gericht, die Staatsanwaltschaft oder eine Polizeidienststelle hierzu auffordert.

(3) Angehörige, Hausgenossen und Pflegepersonen des Verstorbenen, Ärzte, die den Verstorbenen behandelt haben, sowie Personen, die beim Tod anwesend waren, sind auf Verlangen des zur Leichenschau zugezogenen Arztes verpflichtet, die erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

(4) Für den Leichenschauschein ist ein Vordruck nach dem Muster der Anlage I zu verwenden. Etwa verbliebene Zweifel über Todesart und -ursache sind in dem Leichenschauschein zu vermerken.

§ 4: Benachrichtigung der Polizei und des Gesundheitsamtes.

(1) Der zur Leichenschau zugezogene Arzt hat unverzüglich die zuständige Dienststelle der Vollzugspolizei zu benachrichtigen, wenn

1. sich Anhaltspunkte dafür ergeben, daß der Verstorbene eines nicht natürlichen Todes gestorben ist
   oder
2. es sich um die Leiche eines Unbekannten handelt.

(2) Die Meldepflicht des Arztes nach den Vorschriften des Bundes-Seuchengesetzes bleibt unberührt.

§ 8: Bestattungsfristen.

(1) Leichen sind frühestens 48 Stunden und nicht später als 96 Stunden nach dem Eintritt des Todes zu bestatten. Dies gilt auch für die Bestattung totgeborener Kinder, die nach Ende des sechsten Schwangerschaftsmonats geboren worden sind. Gemeinden, in denen an Sonnabenden, an Sonn- und Feiertagen eine Bestattung nicht durchgeführt wird, bleiben diese Tage bei der Berechnung der Höchstfrist außer Ansatz, wenn nicht die Ortspolizeibehörde eine frühere Bestattung anordnet.

§ 16: Strafbestimmungen.

Für jeden Fall der Zuwiderhandlung gegen diese Polizeiverordnung wird eine Geldstrafe bis zu 125.- DM, bei besonders schweren Fällen die Beantragung von Haft bis zu zwei Wochen angedroht.

3.12. Schleswig-Holstein

3.12.1. Landesverwaltungsgesetz (§§ 166, 171 und 172)

3.12.2. Landesverordnung über das Leichenwesen vom 18. 2. 1975, in Kraft gesetzt am 1. 1. 1976
(Gesetz- und Verordnungsblatt für Schleswig-Holstein 1975, 337-340)

§ 1: Zulässigkeit der Bestattung.
Eine Leiche darf erst bestattet werden, wenn dem Standesbeamten eine Todesbescheinigung vorgelegt worden ist. § 39 des Personenstandsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 8. August 1957 (BGBl I S. 1125), zuletzt geändert durch Gesetz vom 5. August 1974 (BGBl I S. 1857), und § 159 Abs. 2 der Strafprozeßordnung bleiben unberührt.

§ 3: Leichenschau.
(1) Die Todesbescheinigung darf nur von einem Arzt und erst dann ausgestellt werden, wenn der Arzt die Leiche persönlich besichtigt hat (Leichenschau).

(2) Die zuständige Behörde kann für Inseln, auf denen kein Arzt ansässig ist und die verkehrsmäßig schwer zu erreichen sind, abweichend von Absatz 1 gestatten, daß die Todesbescheinigung von einer anderen geeigneten Person ausgestellt wird.

(3) Die Todesbescheinigung ist von einem Arzt des für den Sterbe- oder Auffindungsort zuständigen Gesundheitsamtes auszustellen, wenn kein Arzt oder keine andere geeignete Person nach Absatz 2 tätig wird.

(4) Die Leichenschau hat sich insbesondere darauf zu erstrecken,
1. ob und wann der Tod eingetreten ist,
2. ob der Tote eines natürlichen Todes infolge einer bestimmt zu bezeichnenden Krankheit gestorben und wegen dieser Krankheit behandelt worden ist.

3. aus welcher sonstigen Ursache der Tod eingetreten ist und
4. ob Umstände vorliegen, die Maßnahmen zur Abwehr von Seuchen nach dem Bundes-Seuchengesetz vom 18. Juli 1961 (BGBl I S. 1012), zuletzt geändert durch Gesetz vom 9. Juni 1975 (BGBl I S. 1321), erfordern.

(5) Die Leichenschau ist möglichst bald, spätestens jedoch binnen 24 Stunden nach Erhalt der Anzeige über den Todesfall vorzunehmen.

(6) Stellt die die Leichenschau durchführende Person Anzeichen dafür fest, daß der Verstorbene nicht eines natürlichen Todes gestorben ist oder erlangt sie von Umständen Kenntnis, die den Verdacht eines nicht natürlichen Todes begründen, so hat sie die nächste Polizeidienststelle unverzüglich zu benachrichtigen.

§ 4: Bestattungsfrist.

(1) Die Leiche darf frühestens 48 Stunden nach Eintritt des Todes bestattet werden. Die zuständige Behörde kann aus gesundheitlichen Gründen eine frühere Bestattung zulassen oder anordnen.

§ 18: Ordnungswidrigkeiten.

Ordnungswidrig nach § 172 Abs. 3 des Landesverwaltungsgesetzes handelt, wer

1. entgegen § 4 Abs. 1 und 2 eine Todesbescheinigung ausstellt,
2. entgegen § 4 Abs. 1 eine Leiche vor Ablauf von 48 Stunden nach Eintritt des Todes bestattet.

3.13. Vergleichende Betrachtungen über das Bestattungswesen in der Bundesrepublik

Betrachtet man die Rechtsvorschriften in der Bundesrepublik

Deutschland, so haben die Bundesländer Niedersachsen am 1. 4. 1963, Hessen am 1. 4. 1965, Baden-Württemberg und Bayern am 1. 1. 1971 sowie Berlin am 1. 7. 1974 Bestattungsgesetze in Kraft gesetzt. Bremen stützt sich auf das Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. 7. 1934, Nordrhein-Westfalen auf das Ordnungsbehördengesetz vom 16. 10. 1956, Rheinland-Pfalz auf das Polizeiverwaltungsgesetz vom 29. 6. 1973, das Saarland auf das Polizeiverwaltungsgesetz vom 1. 6. 1931, Schleswig-Holstein auf das Landesverwaltungsgesetz vom 18. 4. 1967 und Hamburg auf das Gesetz über das Gesundheitswesen vom 15. 3. 1920. Die Länder Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Schleswig-Holstein haben, - soweit Bestattungsgesetze gelten, ergänzend -, Bestattungsverordnungen erlassen. In Berlin liegt bereits der Entwurf für eine solche Verordnung vor. Bremen begnügt sich mit der Gesundheitsdienstverordnung in seiner Fassung vom 30. 4. 1947, Hamburg stützt sich auf die Ausführungsbestimmungen zum Gesetz über das Gesundheitswesen vom 28. 7. 1920 in Verbindung mit der Polizeiverordnung über das Leichenwesen vom 3. 8. 1939.

Bayern, Berlin und Niedersachsen definieren die m e n s c h l i c h e L e i c h e ab einer Körperlänge von 35 cm, Baden-Württemberg bezieht lediglich Totgeburten in den Gesetzestext ein, die übrigen Bundesländer lassen in ihren Rechtsvorschriften entsprechende Definitionen vermissen. Baden-Württemberg, Bayern, Bremen, Hessen, Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Schleswig-Holstein schreiben in ihren Gesetzen und/oder Verordnungen vor, daß eine Bestattung frühestens 48 Stunden nach Eintritt des Todes erfolgen dürfe. Das Land Berlin erlaubt die Bestattung erst, wenn die Genehmigung der Polizeibehörde vorliegt.

Die ä r z t l i c h e Leichenschau, - nur für Schleswig-Holstein gilt die Sonderregelung, daß auf den Inseln, auf denen kein Arzt ansässig ist und die verkehrsmäßig schwer

zu erreichen sind, die Leichenschau von einer anderen geeigneten Person vorgenommen werden darf -, dient zunächst zur Feststellung des Todes. Lediglich die Bestattungsverordnung des Saarlandes erwähnt dies nicht expressis verbis, sondern verweist auf den Leichenschauschein. Baden-Württemberg, Berlin und Schleswig-Holstein erwähnen ausdrücklich, daß der Arzt den Zeitpunkt des Todes festzustellen habe, die übrigen Bundesländer weisen nicht besonders darauf hin. Auch die Feststellung der Todesursache wird in den Vorschriften der Länder Bremen, Nordrhein-Westfalen und Saarland nicht im Aufgabenkatalog aufgeführt.

Alle Bundesländer schreiben aber die Feststellung der Todesart, - natürlicher/nicht natürlicher Tod -, vor. Handelt es sich um einen nicht natürlichen Tod, - Nordrhein-Westfalen zitiert hingegen eine "gewaltsame Todesart" neben einem "natürlichen Tod" -, so hat der Arzt entsprechend § 159 StPO die Polizeibehörde zu verständigen. Lediglich Nordrhein-Westfalen legt in § 3 (5) seiner Bestattungsverordnung fest, daß "der Arzt das Ergebnis seiner Feststellung in die Todesbescheinigung einzutragen" habe. Gemäß § 1 (3) wird sodann auf § 159 StPO hingewiesen.

Soweit es sich um die Leichen von Unbekannten handelt, hat dies der die Leichenschau vornehmende Arzt ebenfalls der Polizeibehörde mitzuteilen, ausgenommen davon sind die Regelungen von Bremen, Hamburg und Schleswig-Holstein, die den unbekannten Toten nicht erwähnen, und auf dem oben beschriebenen Umweg die Regelung für Nordrhein-Westfalen.

Nach dem Buchstaben des Gesetzes ist hinsichtlich der Frist die Leichenschau in Baden-Württemberg, Bayern, Niedersachsen und im Saarland unverzüglich vorzunehmen. Die Bestattungsverordnung von Hessen faßt die Frist nicht unmittelbar, sondern umschrieben, indem die Beschaffung der Todesbescheinigung durch die Angehörigen des Verstorbenen unverzüglich zu erfolgen habe.

Nordrhein-Westfalen formuliert die Frist "alsbald nach der Anzeige über den Todesfall", in Berlin "grundsätzlich innerhalb von 12 Stunden" und in Schleswig-Holstein "möglichst bald, spätestens jedoch binnen 24 Stunden nach Erhalt der Anzeige". Bremen und Hamburg nennen keine Fristen.

Daß die L e i c h e n s c h a u von einem A r z t vorzunehmen ist, - ausgenommen die Sonderregelung Schleswig-Holsteins für seine Inseln -, ist nach der bundesdeutschen Gesetzgebung unstrittig. Baden-Württemberg und Berlin benennen jeden niedergelassenen, Hessen jeden Arzt. Die Vorschriften der übrigen Bundesländer legen sich insofern nicht fest.

Bezüglich A r t und A u s m a ß der ärztlichen Leichenschau hat der Arzt in Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein die Leiche "persönlich zu besichtigen", in Nordrhein-Westfalen "persönlich zu besichtigen und zu untersuchen". Bremen, Hessen und Niedersachsen schreiben eine "sorgfältige Untersuchung" vor, Baden-Württemberg überläßt das Ausmaß der Untersuchung dem Ermessen des Arztes. Rheinland-Pfalz empfiehlt "die Untersuchung einer unbekleideten Leiche" (§ 3 Abs. 2), während Baden-Württemberg nur bei unsicherer Diagnose von Todesart und -ursache die Entkleidung und besonders eingehende Untersuchung der Leiche fordert.

Die abschließende Betrachtung gilt nun der rechtlichen A h n d u n g f e h l e r h a f t e n V e r h a l t e n s des Arztes bei der Leichenschau. Hier hebt sich Niedersachsen in § 5 seines Bestattungsgesetzes (vergleiche BERG 1976) besonders hervor: "Ein Arzt, der vorsätzlich oder leichtfertig eine unrichtige Bescheinigung über die Todesursache ausstellt, wird mit Gefängnis bis zu einem Jahr und mit Geldstrafe oder mit einer dieser Strafen bestraft." Überdies ahnden Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Hessen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein Verstöße als Ordnungswidrigkeiten, Nordrhein-Westfalen umreißt in § 21 seiner Bestattungsverordnung und das Saarland in § 16 seiner Bestattungsverordnung Zuwiderhandlungen. Dabei umfassen die Straf-

bedingungen von Baden-Württemberg, Berlin, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Saarland sowohl die Verweigerung oder zeitliche Verzögerungen der Leichenschau als auch falsche Angaben des Arztes im Leichenschauschein bzw. in der Todesbescheinigung. Bayern und Hessen ahnden die Verweigerung oder zeitliche Verzögerung der Leichenschau, Schleswig-Holstein falsche Angaben in der Todesbescheinigung. Berlin, Niedersachsen und Saarland erwähnen außerdem, daß derjenige Arzt nicht lege artis handelt, der einen nicht natürlichen Tod oder die Leiche eines Unbekannten nicht der Polizeibehörde meldet.

4. ÜBER WESEN UND FESTSTELLUNG DES TODES

4.1. Über das Wesen des Todes

In seiner Gedächtnisrede über "Tod und Sterben" führt Friedrich KRAUS am 3. 8. 1911 in der Aula der Berliner Universität aus, daß unbekümmert der überschäumenden, kindischen Gläubigkeit vieler Zeitgenossen "das Problem des Todes auch in der Wissenschaft, zumal in der Naturforschung wiederum modern" sei und "von verschiedenen Gesichtspunkten aus neu erörtert" werde. Gegenstand dieser Erörterungen seien vor allem die allgemeinen Ursachen des Todes, und zwar vor allem die rätselvollen inneren Todesursachen, die von manchen Wissenschaftlern geleugnet würden.

"Man spricht von einem n a t ü r l i c h e n s e n i l e n und von einem k r a n k h a f t e n und g e w a l t s a m e n Tod und betont die Seltenheit des natürlichen, das heißt des T o d e s o h n e E r k r a n k u n g , auch im Greisenalter. Die Greise sterben ganz gewöhnlich an Krankheiten, welche als Komplikationen des Seniums hingestellt werden." Dieser Widerspruch sei aber"unschwer aufzulösen. Im Organischen ist alles überall ein Zusammenwirken von innen und außen. Es existiert nichts von jedem Medium Unabhängiges; nur kann ein Vorgang als Resultat innerer und äußerer Zustände mehr von inneren oder von äußeren Relationen bestimmt sein. Schon daß nun der Mensch und alle einzelnen Tierarten eine ungefähr bestimmte Lebensdauer besitzen, ist nicht gut verträglich mit der Annahme, daß n u r ä u ß e r e Schädlichkeiten für den Tod entscheidend sind. Dazu kommt die Tatsache der augenblicklichen und typischen Veränderungen des Organismus von seiner individuellen Entstehung an bis zum Sterben..."

Sei das allgemeine Gleichgewicht zwischen Assimilation und Dissimilation, so folgert KRAUS weiter, durch eine Partialstörung bedroht, so bleibe nur noch die Möglichkeit des mutuellen Todes übrig. Die Beschränkung der Grenzen der Regu-

lationsfähigkeit erklärt, - als E n d e des individuellen Lebens -, die Abnützungskrankheiten und den Tod". Zum Tode eines differenzierten Organismus, eines Metazoons, gehöre "vor allem der Begriff der Individualität... Der individuelle Tod gibt sich kund, -physiologisch gesehen im Aufhören der elementaren vitalen Erscheinungen des Stoff-, Form- und Kraftwechsels -, morphologisch betrachtet im Dasein einer Leiche.

4.2. Über den Scheintod

"Ärztlicher Kunst kann es heute gelingen, das Sterben eines Menschen aufzuhalten und wieder rückgängig zu machen. Das Aussetzen des Herzschlags und das Versagen der Atmung zwingen den Arzt nicht mehr wie früher zum resignierenden Einstellen seiner Bemühungen" (RUFF 1968). Dieser Leitspruch zur Erhaltung des Lebens sei dem Kapitel über die Feststellung des Todes vorangestellt, zumal Papst Pius XII in seiner Ansprache vor Anästhesisten am 24. 11. 1957 geäußert hatte: "Es ist Sache des Arztes, - und insbesondere des Anästhesisten -, eine klare und präzise Definition des Todes und des Augenblickes des Todes eines Patienten, der in bewußtlosem Zustand stirbt, zu geben. Dafür kann man sich an den Begriff von der vollständigen Trennung von Leib und Seele halten; aber in der Praxis wird man die Ungenauigkeit der Begriffe L e i b und T r e n n u n g in Betracht ziehen müssen."

Zwischen Leben und Tod existiert eine Phase, die wir gewöhnlich als A g o n e bezeichnen; es handelt sich dabei um einen ausgesprochen labilen Gleichgewichtszustand zwischen Leben und Tod, der einerseits zum tödlichen Ausgang, andererseits aber auch zur Genesung führen kann. Synonyma sind nach LAVES und BERG (1965) Scheintod, Vita minima, Mort apparente, Coma dépassé,suspendet animation und Vita reducta.

NEUHAUS, auf den der Begriff der Vita reducta im wesentlichen zurückgeht, schreibt darüber: "Zwischen Zuständen mit prinzipiell irreversiblen Schäden vitaler und intellektueller Funktionen und Krankheiten, bei denen eine Restitution entweder spontan oder mit Hilfe der üblichen therapeutischen Maßnahmen die Regel ist, liegt ein Bereich, den wir als V i t a r e d u c t a bezeichnen möchten. Hierher gehören Zustände, die wegen ihrer Schwere nur ausnahmsweise eine spontane Restitution erlauben. Bei richtiger Anwendung entsprechender Behandlungsverfahren, die durch die üblichen therapeutischen Maßnahmen ergänzt werden müssen, ist aber eine sinnvolle Restitution möglich.

Dies gilt allerdings nur mit der Einschränkung, daß die Reaktionsfähigkeit des Organismus auf das schädigende Ereignis in ausreichendem Maße erhalten geblieben ist. Ein Abgleiten in den Bereich der Vita reducta ist nicht durch das Ausmaß der Schädigungen allein bestimmt. Die Richtung, die die Lebenslinie nimmt, wird ebenso durch den prämorbiden Zustand, das Lebensalter wie durch die Dynamik der Reizbeantwortung, das heißt Reaktionsfähigkeit, bestimmt. Wird letztere durch zusätzliche Schädigungen vermindert, oder war der Allgemeinzustand des Kranken schon vor der Störung stark reduziert, sind unsere Bemühungen auch bei Anwendung wirksamster Behandlungsverfahren zum Scheitern verurteilt.

Wir sind bei dieser Definition, der ursprünglich nur therapeutische Gesichtspunkte zugrunde lagen, von den Beobachtungen am Krankenbett ausgegangen. Wir glauben, daß der Bereich der Vita reducta durch r e g e l h a f t e b i o l o g i s c h e V e r h a l t e n s w e i s e n gekennzeichnet ist, nach denen ein Organismus auf eine schwere Beeinträchtigung seiner Integrität reagiert. In der Vita reducta ist der Organismus noch imstande, die Energie für die Aufrechterhaltung und Steuerung seiner Stoffwechselvorgänge und bestimmter vital notwendiger Leistungen aufzubringen, so daß alle Reaktionen so verlaufen, daß ihr Ergebnis die Erhaltung des Organismus ist."

4.3. Über die Feststellung des Todes

Die klassische Definition des Individualtodes hat durch den Fortschritt in Medizin und Technik gewisse Einbußen erlitten, indem dieses Aufhören der elementaren vitalen Erscheinungen kein zeitlich abrupter, sondern ein organspezifisch unterschiedlich lang anhaltender Prozeß ist. Nur so konnte man der Idee von der Organtransplantation Realität verschaffen. Begriffe wie Organ- oder Zelltod, aber auch Hirntod und individueller Tod haben seit Beginn der Transplantationschirurgie bedeutendere Stellenwerte erhalten.

In der Erklärung von Sydney wird 1968 deshalb auch hervorgehoben, daß der Tod ein fortschreitender Prozeß sei, weil das Zellgewebe unterschiedlich auf den Entzug von Sauerstoff reagiere. Das klinische Interesse ziele aber nicht daraufhin, einzelne Zellen lebensfähig zu erhalten. Es gehe vielmehr um das Schicksal eines Menschen. Hier spiele nicht der Zeitpunkt des Todes verschiedener Zellen und Organe eine so wichtige Rolle, "sondern vielmehr die Gewißheit, daß der Todesprozeß unwiderruflich und daß auch mit allen technischen Mitteln keine Wiederbelebung möglich ist... Bei dem heutigen Stand der medizinischen Wissenschaft kann die Frage der Todeszeitbestimmung aber weder durch ein technisches Kriterium allein zufriedenstellend beantwortet werden, noch kann ein technisches Verfahren die umfassende Beurteilung durch einen Arzt oder durch ein Team von Ärzten ersetzen."

Die XXII. Generalversammlung des Weltärztebundes hatte sich mit dieser Erklärung der Feststellung des Todes zugewandt, da die Intensivtherapie wie die Transplantationschirurgie es geboten. Erstere wirft das Problem auf, wann Reanimationsmaßnahmen abgebrochen, letztere wann vor allem unpaare Organe entnommen werden dürfen.

Voreiligen Richtlinien, - wie denjenigen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie aus dem Jahre 1967 -, standen recht

bald warnende Stimmen gegenüber. Hier seien vor allem KÄUFER und PENIN (1968) sowie BUSHART und RITTMEYER (1969) genannt. "Nach Sistieren des Herzschlages", so schreiben KÄUFER und PENIN,"stellen die verschiedenen Organsysteme suksessiv ihre Tätigkeit ein; es kommt in zeitlicher Reihenfolge zu einem Zusammenbruch der bionomen Funktionen des Organismus, schließlich zum endgültigen Tod des Individuums. Die Diagnose des klinischen Todes stützt sich einerseits nach herkömmlichen Bestimmungen auf die indirekten Zeichen des Herz- und Kreislaufstillstandes, - Fehlen der Herztöne oder peripheren Pulse, Atemstillstand -, und andererseits auf die pathologisch-anatomisch geläufigen Todeszeichen, - Totenflecke, Totenstarre oder Verwesung. Nur in Ausnahmefällen wird man durch Ausfertigung eines Elektrokardiogrammes oder durch direkte Beobachtung nach Thorakotomie die Herzaktion unmittelbar beurteilen wollen"...

Auf Grund moderner Intensivtherapie könnten bei anoxisch irreversibel geschädigtem Gehirn Herzaktion und Atmung spontan oder assistiert fortdauern. "Diese Erkenntnis", so folgern die Autoren, "rechtfertigt die Frage, ob die bisherige Konzeption von der klinischen Todeszeitbestimmung in Abhängigkeit von der Herzaktion noch Gültigkeit besitzt, oder ob gegenüber der Tätigkeit des Herzens die Funktion des Gehirns als die eines integrierenden, persönlichkeitsbestimmenden Organs nicht höher zu werten ist. Der Individualtod" werde dabei von mancher Seite, - so von SCHWAB, POTTS und BONAZZI (1963), SPANN und LIEBHARDT (1966) oder SCHARFETTER und SCHMOIGL (1967) -, mit dem Hirntod gleichgestellt.

Folgerichtig erörtern KÄUFER und PENIN sodann die Diagnostik des Hirntodes: "Will man Individuen mit dissoziiert abgestorbenem Gehirn für tot erklären, ergibt sich daraus eine Reihe forensischer, juristischer, moralischer wie ethisch-religiöser Konsequenzen..." Zwei aktuelle Fragen stünden dabei im Vordergrund:

"1. Gibt es Parameter, um einen dissoziierten Hirntod sicher

und ohne Irrtum zu erkennen, und worin bestehen sie?

2. Ist der vollständige Funktionsausfall des Zentralnervensystems über eine gewisse Zeit wirklich ausnahmslos reversibel, und wie groß ist die Zeitpsanne, nach deren Ablauf man apodiktisch sagen kann, daß eine Restitution des geschädigten Gehirns nicht mehr erfolgt?"

In Anlehnung an SCHWAB, POTTS und BONAZZI (1963) definieren KÄUFER und PENIN die "obligaten Zeichen des cerebralen Todes" wie folgt:

1. Tiefes Koma mit Atonie und völliger Areflexie.
2. Keine Reaktion auf starke äußere Reize wie Stechen, Kneifen, Anwendung intensiver Trigeminusreizstoffe.
3. Beiderseitige Mydriasis ohne Lichtreaktion der Pupillen.
4. Keine Spontanatmung.
5. Erst nach Erhebung der Befunde 1 bis 4 Ableitung des EEG unter Berücksichtigung folgender Kautelen:

5.1. Maximale, zumindest dreifache Verstärkung, die mit der Eichung des Elektroencephalographen vor jeder Ableitung nachgewiesen sein muß (= technischer Test).

5.2. Gleichzeitige Registrierung von Elektrokardiogramm und Atmung, die ein weiterer Beweis dafür sind, daß das EEG-Gerät technisch einwandfrei arbeitet, ferner die Unterscheidung von Artefakten erleichtert.

5.3. Kontinuierliche EEG-Ableitungen von mindestens 20 Minuten mit nicht weniger als vier Verstärkerkanälen, damit intermittierende bioelektrische Schwankungen nicht übersehen werden.

Sie unterstreichen sodann, daß sich bei Anwendung dieser Maß-

stäbe in zwölf Verlaufsbeobachtungen mit den obligaten Zeichen eines dissoziierten Hirntodes und einer permanenten Isometrie im EEG "trotz" regelmäßiger Herzaktion und Blutdruckwerten in ausreichender Höhe... die klinischen Zeichen des Hirntodes als "unveränderlich" erwiesen hätten. Die "Dauer der Isometrie bis zum Tod" variiert zwischen einer und 60 Stunden.

Zur Frage der Feststellung des Hirntodes hatten alsdann SPANN, KUGLER und LIEBHARDT (1967) eine Fragebogenaktion gestartet und auf 306 Anfragen 126 Antworten erhalten. Als Facit daraus tragen sie vor: "Uns selbst wurde im Rahmen unserer Anfrage kein Fall mitgeteilt, bei dem nach einer elektrischen Stille im EEG von mehr als vier Stunden elektrische Aktivität wieder aufgetreten wäre. Dies trifft auch auf die Fälle in Hypothermie zu. Diese Zeit von vier Stunden deckt sich im Großen und Ganzen mit den Zeiten, die von ausländischen Autoren über die Feststellung des Todeseintrittes anhand elektrischer Stille gefordert werden..."

SPANN, KUGLER und LIEBHARDT schlagen sodann für die Feststellung des Todes bei Reanimation folgendes Procedere vor:

1. Bei fehlender Spontanatmung, nur durch intensive kardiale Stützung gewahrter Herzaktion und völliger Reflexlosigkeit ist das EEG abzuleiten.
2. Entsprechend der von uns beschriebenen Technik muß ein absolutes Null-Linien-EEG über einen Zeitraum von sechs Stunden bestehen.
3. Während dieser Zeit darf keine Spontanatmung und keine Reflextätigkeit auch nur für kürzere Zeit vorhanden sein. Mydriasis muß bestehen.
4. Die Elektrolytwerte müssen kontrolliert werden, um ein Null-Linien-EEG als Folge einer Metabolitentgleisung auszuschließen.
5. Unter diesen Kriterien hat nach sechs Stunden ein Ärzteteam, - bestehend aus dem behandelnden Arzt,

dem für die Reanimation verantwortlichen Arzt und einem Spezialisten für das EEG -, das Recht, den Tod festzustellen.

Die Autoren weisen sodann daraufhin, daß innerhalb der sechs Stunden ab Beginn der elektroencephalographischen Untersuchung die "Entscheidung, ob der in Reanimation Befindliche lebt oder tot ist, nicht möglich" sei. Diese Zeitdauer sei als S c h w e b e z e i t zu betrachten, nach deren Ablauf "eine mögliche Körperverletzung nicht mehr relevant sei".

BUSHART und RITTMEYER (1969) gehen indes über diese Sechs-Stunden-Frist auf Grund ihrer Erfahrungen noch weit hinaus: "Die längste von der Ordre National de Médecine 1966 in Frankreich vertretene Frist beträgt 48 Stunden. Unsere Erfahrung, die auch von anderen Autoren bestätigt werden konnte..., daß noch nach mehr als zwölf Stunden EEG-Stille Erholung möglich ist, nehmen wir zum Anlaß, bei Unsicherheit über den eingetretenen Hirntod vorerst bis zu drei Tagen elektrische Stille abzuwarten...

Besteht elektrische Stille im EEG kontinuierlich über drei Tage, fehlen alle spontanen Lebensäußerungen mit Ausnahme vegetativer Funktionen, sind die Reflexe erloschen und ist der Muskeltonus verlorengegangen, so wird die Annahme eines Hirntodes besonders unterstützt, wenn die Spontanatmung innerhalb ein bis zwei Tagen nicht wieder in Gang kommt und eine isolierte Schädigung des Atemzentrums ausgeschlossen ist. Wesentlich ist das Erlöschen der Kreislaufreflexe und der Tagesperiodik der Körpertemperatur. Diese sinkt in der Regel ab und spielt sich auf einen Wert zwischen 30 und 32°C ein..."

Im Hinblick darauf, daß sich von 40 reanimierten Patienten mit elektrischer Stille im EEG und fehlenden Zeichen einer Hirnfunktion sich hirnelektrisch und klinisch sieben vollständig (= 17,5 %) und weitere 27 Patienten (= 67,5 %) vorübergehend erholten, fassen diese Autoren die Bedingungen für die Feststellung des Hirntodes wie folgt zusammen:

1. Keine spontanen Lebensäußerungen physischer und psychischer Art mit Ausnahme der auf niederer Ebene ablaufenden vegetativen Funktionen.
2. Keine Reaktion auf Reize: Husten- und Würgereflex, auch sonst sensible und sensorische Erregbarkeit erloschen.
3. Verlust des Muskeltonus, Augäpfel sinken auf Druck tonuslos zurück, alle Reflexe geschwunden; weite, reaktionslose Pupillen.
4. Regulationen auf cerebraler Ebene aufgehoben: Keine Kreislaufreflexe, keine tagesperiodischen Schwankungen der Temperatur, allmählicher kontinuierlicher Temperaturabfall bis auf einen Grenzwert.
5. Elektrische Stille im EEG von drei Tagen.
6. Eintreten erneuter elektrischer Stille im EEG nach zunächst erfolgter Erholung.
7. Fehlende oder über 17 Sekunden verlängerte cerebrale Gefäßdarstellung beim Carotisangiogramm, auch bei der Kontrolle.
8. Unerregbare Gleichspannung des Gehirns.

5. CASUISTIK ZUR FEHLERHAFTEN FESTSTELLUNG DES TODES

5.1. Zur Person

80 Jahre alte alleinstehende Frau, die eine Dreizimmerwohnung im Parterre eines Mehrfamilienhauses bewohnte und von ihrem Enkelsohn und dessen Ehefrau, - im selben Hause wohnend -, regelmäßig betreut wurde. Hatte drei Jahre zuvor einen Herzinfarkt erlitten. Nahm am Abend des 11. 3. 1975 mit den Enkelkindern das Abendessen ein und begab sich gegen 20.15 Uhr wieder in ihre Wohnung mit dem Bemerken, nach einem Fußbad schlafen gehen zu wollen. Wurde am Morgen des 12. 3. 1975 gegen 06.45 Uhr von ihrem Enkelsohn, mit Nachthemd und Strümpfen bekleidet, auf der linken Körperseite vor dem in der Nacht nicht benutzten Bett auf dem Fußboden liegend, nicht ansprechbar aufgefunden. Dazu der Enkelsohn: "Ich fühlte daraufhin den Puls, konnte aber keinen Pulsschlag feststellen. Ich verspürte nur, daß der Arm kalt war."

5.2. Maßnahmen des Notfallkommandos

Benachrichtigung um 06.48 Uhr, Eintreffen in der Wohnung um 06.52 Uhr. Einer der Feuerwehrmänner gibt an: "Die Frau war am Körper eiskalt, hatte Leichenstarre, an den aufliegenden Armstellen rotblaue Flecke und an der Halsschlagader konnte kein Puls festgestellt werden." Daher Polizei und Notfalldienstarzt angefordert.

5.3. Maßnahmen des Notfalldienstarztes

Eintreffen gegen 09.00 Uhr: Der Arzt habe die Frau ohne Zeu-

gen acht bis zehn Minuten lang untersucht, so daß keine Angaben über Art und Umfang der Leichenschau vorliegen; die Schlafzimmertür habe er angelehnt. Dazu der Enkelsohn: "Nach der Untersuchung kam der Arzt aus dem Zimmer und teilte uns mit, daß die Großmutter verstorben sei. Als Todesursache nannte er einen n a t ü r l i c h e n Tod. Er bat darum, sich die Hände waschen zu dürfen, stellte den Totenschein aus und verließ die Wohnung."

Aus dem Leichenschauschein - Todeszeit: 12. 3. 1975 gegen 02.00 Uhr; Todesart: Natürlicher Tod; Todesursache: Herzversagen.

5.4. Beobachtungen der Leichenbestatter

Nach Beendigung der Leichenschau durch den Notfalldienstarzt verständigte der Enkelsohn eine Bestattungsfirma, deren Bestatter nach Aushändigung des Leichenschauscheines und weiterer Unterlagen zur Einsargung und Überführung der Leiche auf den Friedhof gegen 09.45 Uhr in der Wohnung der Frau erschienen.

Die Bestatter konnten den Sarg lediglich bis zum Windfang des Hauses bringen, weil aus baulichen Gründen ein Transport des Sarges bis ins Schlafzimmer der "Verstorbenen" nicht möglich war. Über das Einsargen berichtet einer der Bestatter folgendes: "Als Ältester meines Teams war ich damit beauftragt, die Tote zu entkleiden und anschließend mit meinen Kollegen in den Sarg zu legen. Wir zogen der Toten das Totenhemd an, kämmten sie, falteten ihr die Hände. Bis dahin hatten weder meine Kollegen noch ich ein Lebenszeichen bemerkt... Nachdem ich mir die Hände gewaschen hatte, merkte ich, daß die im Sarg liegende Frau sich plötzlich bewegte. Sie atmete voll durch und bewegte Arme und Beine." Deshalb erfolgte auf schnellstem Wege erneute Alarmierung des Notfallkommandos um 10.03 Uhr.

Dazu berichtet der Feuerwehrmann: "Beim Eintreffen um 10.08 Uhr fand ich die Frau im Sarg liegend vor. Der Sarg stand auf einer Treppe vor dem Mehrfamilienhaus. Die Sargträger der Bestattungsfirma wiesen mich darauf hin, daß die Frau atmen würde. Ich stellte nunmehr eine schwache Atmung und einen langsamen, schwachen Pulsschlag fest. Eine Reaktion auf Schmerz konnte ich nicht beobachten, auch war die Frau nicht ansprechbar. Wir nahmen die Frau aus dem Sarg, legten sie auf eine Krankentrage und brachten sie ins Krankenhaus. Während des Transportes erhielt die Frau Sauerstoff".

5.5. Ärztliche Maßnahmen im Krankenhaus

Im Krankenhaus ergab sich anamnestisch über die Patientin ein seit Jahren bekannter Diabetes mellitus, seit 10 Jahren gelegentliche Klagen über Herzschmerzen, Varicosis- öfter dicke Beine, dabei Verordnungen von Lanicor.

Patientin lebt als Rentnerin in eigener Wohnung. Der Enkel wohnt mit seiner Frau im selben Haus und kauft für die Patientin ein. Sie soll sich beim Zeitunglesen (Berliner Morgenpost) über die vielen Morde und Verbrechen aufgeregt haben und nahm angeblich, um sich zu beruhigen, 22 Tabletten Valium 5 ein.

Am 12. 3. 1975 um 10.25 Uhr erfolgte die stationäre Aufnahme der bereits als tot erklärten Patientin im Krankenhaus, nach Transport durch Feuerwehrrettungswagen im bewußtlosen Zustand mit nicht meßbaren Kreislaufparametern und intermittierendem AV-Block 3. Grades. Am rechten Jochbein eine Schürfwunde - Lungen: Seitlich frei.

Cor: Absolute Arrhythmie,EKG-Befund am 12. 3. 1975: Vorhofvektoren nicht sicher auszumachen, wahrscheinlich Arrhythmie bei Vorhofflimmern. Kammerfrequenz zwischen 90 und 100/min, Linkstyp.

Abdomen: Bauchdecken weich, Peristaltik vorhanden.
Extremitäten: Ödeme.
Hypothermie.

Diagnose: Scheintod, Tablettenintoxikation.

Die chemisch-toxikologische Untersuchung auf Arzneimittel,

1. Magenspülflüssigkeit vom 12. 3. 1975 (200 ml),
2. Harn vom 12. 3. 1975 (200 ml),

erbrachte chromatographisch und spektrophotometrisch in den einzelnen Proben folgendes Ergebnis:

a. Zwei verschiedene Barbiturate, von denen das eine in der Harnprobe als Phenobarbital identifiziert werden konnte; bei dem zweiten Barbiturat handelt es sich um eine ungesättigte abbaufähige Verbindung, eventuell um Heptabarb (Medomin).

   Barbituratkonzentrationen (berechnet als Phenobarbital) in der Magenspülflüssigkeit wegen geringer Konzentration quantitativ nicht auswertbar, im Harn 8,7 mg%.

b. Stark erhöhte Bromidkonzentration, jedoch keine Schlafmittel vom Typ der Bromharnstoffderivate. Bromidwerte (berechnet als Kaliumbromid) in der Magenspülflüssigkeit 47,4 mg%, im Harn 65,6 mg%.

c. Ein Benzodiazepinderivat, bei dem es sich nach dem spektrophotometrischen Befund um Oxazepam handelt, bzw. Abbauprodukte davon. Folgende Konzentrationen an Oxazepam und seinen Abbauprodukten wurden ermittelt (berechnet als Oxazepam): In der Magenspülflüssigkeit 2,8 mg%, im Harn 15,2 mg%.

   Hinweise auf weitere Arzneistoffe ergaben sich bei der chemisch-toxikologischen Untersuchung nicht.

Nach diesen Befunden wurden zwei verschiedene barbiturathaltige Schlafmittel, ein bromhaltiges Schlafmittel und ein Benzodiazepinderivat, wahrscheinlich Oxazepam, eingenommen. Die hohen Bromidkonzentrationen deuten daraufhin, daß laufend bromhaltige Schlafmittel eingenommen wurden. Die sehr hohen Konzentrationen an Benzodiazepinabbauprodukten deuten auf die Einnahme einer weit über das therapeutische Maß hinausgehenden Oxazepam-Dosis hin.

EKG-Befund am 13. 3. 1975: Sinusrhythmus 65/min, PQ 0,23 sec, unveränderter Lagetyp. AV-Überleitungsverlängerung, beginnende Rechtsherzversagenskurve.

Nach intensiven therapeutischen Maßnahmen konnten die Kreislaufverhältnisse bei der Patientin normalisiert und die Intoxikation beseitigt werden.

Am 15. 3. 1975: Die Patientin schlägt beim Aufrichten erstmals die Augen auf und zeigt deutliche Schmerzreaktionen. Der Befund am Herzen ergibt Sinusrhythmus, jedoch keine Extrasystolen; Lunge beiderseits frei. Knöchel- und prätibiale Ödeme an beiden Beinen.

Am 16. 3. 1975: Die Patientin äußert: "Herr Doktor, machen Sie, daß ich weiterleben kann." Sie bestreitet energisch, Tabletten eingenommen zu haben; möchte unbedingt wieder gesund werden und auf gar keinen Fall ins Krankenhaus. Sie ist noch örtlich desorientiert.

Am 22. 3. 1975: Wohlbefinden; Patientin singt auf der Station.

Am 25. 3. 1975: Verlegung von der Intensivstation auf eine allgemeine Station.

Im weiteren Verlauf tritt eine Bronchopneunomie nach assistierter Beatmung auf (Intubation), die schnell gebessert werden kann.

Bei der psychiatrischen Untersuchung am 27. 3. 1975 ist die Patientin zeitlich und örtlich und über ihre Person - den Um-

ständen nach - gut orientiert. Für die Zeit nach dem Suicidversuch bis zum 26. 3. 1975 liegt eine Amnesie vor. In der Exploration ist sie nicht spontan mitteilsam, antwortet jedoch auf Fragen. Sie wirkt gequält, grübelnd, und hat nicht näher artikulierte Schuldgefühle. Ursache ihres Suicidversuches, offenbar schon seit längerer Zeit bestehende Lebensunlust, deren Ursprung nicht zu ermitteln ist. Sie äußerte Angst gehabt zu haben vor einer zunehmenden Straßenkriminalität ("man liest soviel von Mord").

Nach psychiatrischem Befund ist die Patientin depressiv und muß sowohl nach ihrer Vorgeschichte als auch auf Grund des Eindruckes bei der Exploration am 27. 3. 1975 weiterhin als suicidal gefährdet betrachtet werden.

EEG - Untersuchungen.

Am 12. 3. 1975: Spannungsgeringes und seitengleiches EEG, das in allen Ableitungen neben beta-Wellen auch flache 7-8/sec-Wellen zeigt. Frontal und in den temporalen Ableitungen besteht fortlaufende Überlagerung durch Muskelpotentiale. Geringe, aber pathologische Reaktionen auf akustische Reize, etwas deutlicher auf Schmerzreiz. Dabei kommt es zur leichten Spannungsaktivierung. Keine Krampfpotentiale. Die temporalen Ableitungen lassen sich infolge der überlagernden Muskelpotentiale nur mit Vorbehalt beurteilen; sie sind links spannungsaktiver als rechts.

Kein Herdbefund, keine erhöhte Anfallsbereitschaft. Mittelschwere Allgemeinveränderung.

Am 13. 3. 1975: Besserung im Vergleich zur Voruntersuchung vom 12. 3. 1975. Es besteht jetzt eine mittelschwere bis schwere Allgemeinveränderung. Außenreize werden zum Teil auf pathologische Weise beantwortet; wiederholte Reizung führt zur Vermehrung der Potentiale. Dabei ergibt sich eine Seitenbetonung links occipito-temporal. Erhöhte Anfallsbereitschaft ist nicht auszuschließen. Stellenweise ähnelt die Frequenz dem EEG-Muster der delta-Wellen mit steilen Komponenten, wie sie bei Schlafmittelintoxikationen auftreten.

Am 14. 3. 1975: Besserung im Vergleich zum Vortage. Die Wellenfolge ist deutlich spannungsaktiver. Neben 2-3/sec-Wellen und steilen Potentialen treten nunmehr auch 5-7/sec-Schwankungen und einzelne 8-9/sec-Wellen auf. Spannungsreduktion nach akustischem Reiz, weniger deutlich auch nach Schmerzreiz. Zum Teil leichte Spannungsbetonung links.

Mittelschwere bis schwere Allgemeinveränderungen mit pathologischer Reaktion auf Außenreize. Besserung im Vergleich mit den Ableitungen vom 12. und 13. 3. 1975.

Am 17. 3. 1975: Deutliche Besserung gegenüber dem Befund vom 14. 3. 1975. Bei annähernd seitengleicher Wellenfolge werden streckenweise 9/sec-Wellen und beta-Wellen im Wechsel registriert. Intermittierend treten Kurvenabschnitte auf, bei denen 2-4/sec-Wellen von alpha- und beta-Wellen überlagert werden. Auf Augenöffnen erfolgt prompte Reaktion. Temporal werden auch einzelne 6-7/sec-Wellen registriert. Bestehende und nicht konstante Seitendifferenzen lassen sich nicht von Bewegungsartefakten trennen. Keine Krampfpotentiale. Im Verlauf der Ableitung wechseln fast normale Kurvenabschnitte mit solchen, bei denen noch delta-Wellen auftreten.

Z u s a m m e n f a s s e n d handelt es sich um eine leichte bis mäßige Allgemeinveränderung. Bei der bereits ansprechbaren Patientin ist auch die Reaktion auf Augenöffnen bereits wieder vorhanden.

Weiterer Verlauf.

Am 8. 4. 1975 ist nach vierwöchiger Behandlungsdauer auf der inneren Abteilung der Gesundheitszustand der Patientin soweit wieder hergestellt, daß ihre Entlassung aus dem Krankenhaus in Erwägung gezogen wird. Nach weitgehender Besserung des Allgemeinzustandes der Patientin, die inzwischen frei umherläuft, erfolgt am 18. 4. 1975 wegen der noch bestehenden latenten Suicidalität Verlegung auf die Neurologische Abteilung des Krankenhauses. Da selbst weitere psychiatrische Betreuung und Entlassung mit dem Zweck der Unterbringung in einem Altenheim.

5.6. Polizeiliche Ermittlungen

Nach Bekanntwerden des Scheintodes und Überführung der Frau zur stationären Behandlung wurde die Herausgabe des Leichenschauscheines im Krankenhaus beantragt und die Wohnung der vermeintlichen Verstorbenen besichtigt. Die Wohnung hinterließ einen sauberen und ordentlichen Eindruck, ohne daß Anhaltspunkte für eine versuchte Selbsttötung vorlagen. Auf der Frisierkommode im Schlafzimmer war ein Brief abgelegt, den die Frau für ihre Kinder geschrieben hatte.

> "Liebe Kinder! War bei Euch oben, will Euch aber nicht beunruhigen, mir ist heut wieder so übel wie so oft und sage Euch aber nichts davon. Ihr seid alle so sehr gut zu mir; auch meine Tochter Irene hier und versorgt mich auf das Allerbeste. Leider habe ich Depressionen, was ich zu keinem gesagt habe. Mir ist nicht gut auch jetzt beim Schlafengehen. Habe ein Fußbad gemacht und husch ins Bett. Hoffentlich bekomme ich nicht einen Herzschlag. Es wird schon wieder vorübergehen.
> Herzlichst Mamma und Oma."

Diesem Brief entnahmen die ermittelnden Polizeibeamten eine gewisse Lebensbejahung und äußerten die Vermutung, daß die Frau auch aus krankheits- oder altersbedingter Ursache vor ihrem Bett zusammengebrochen sein kann. Die Vernehmung des Enkelsohnes ergab, daß die vermeintlich verstorbene Großmutter seit ca. zwei Jahren Schlaf- oder Beruhigungsmittel zu sich genommen habe. Ob sie sich am Vorabend des Vorfalls Medikamente (Schlafmittel) einverleibt habe, konnte der Enkelsohn nicht angeben.

Bei einer informatorischen Rücksprache mit der Tochter der vermeintlich Verstorbenen wurde bekannt, daß diese inzwischen nach intensiver stationärer Behandlung wieder bei Bewußtsein war und sich bei einem Besuch der Tochter im Krankenhaus für ihr Verhalten, den Suicidversuch, entschuldigt habe. Dadurch

konnte nochmals bestätigt werden, daß die vermeintlich Verstorbene tatsächlich am Abend des 11. 3. 1975 durch Einnahme von Schlaftabletten einen Selbsttötungsversuch unternommen hatte. Über Art und Dosis der eingenommenen Tabletten konnte die Tochter von ihrer Mutter bisher keine näheren Angaben erhalten.

Die Kriminalpolizei kommt nach Abschluß ihrer Ermittlungen zu dem Ergebnis, daß die Leichenschau des Notfalldienstarztes am 12. 3. 1975 und die daraus resultierenden Folgen auf Grund fälschlicher Todesfeststellung eine fahrlässige Körperverletzung darstelle, die durch ein medizinisches Sachverständigengutachten zu klären sei. Aus Pietäts- und Gesundheitsgründen habe man von einer Vernehmung bzw. Befragung der vermeintlich Verstorbenen Abstand genommen und auf die Einholung eines Strafantrages vorläufig verzichtet.

5.7. Sachverständigengutachten

Die Staatsanwaltschaft leitete gegen den Notfalldienstarzt ein Ermittlungsverfahren ein und forderte eine gutachtliche Stellungnahme zu der Frage, ob aus medizinischer Sicht der Notfalldienstarzt

1. den Zustand der Geschädigten (vermeintlich Verstorbenen) hätte erkennen können;
2. ob er weitere Maßnahmen - zum Beispiel die Untersuchung mit medizinisch-technischen Geräten - hätte veranlassen müssen.
3. Gegebenenfalls müsse auch zu der Frage Stellung genommen werden, welche gesundheitliche Beeinträchtigung im Sinne des Paragraphen 223 des Strafgesetzbuches die Patientin durch die verzögerte Einweisung in das Krankenhaus habe erleiden können.

Das Gutachten wurde von H. SPENGLER auf Grund der Ermittlungsakten, einer Anfrage bei der Kassenärztlichen Vereinigung - Abteilung ärztlicher Notfalldienst - und einer Rücksprache mit dem Notfalldienst erstattet.

Von Bedeutung sei dabei die Aussage des Brandhauptmeisters der Feuerwache Buckow über den Einsatz am 12. 3. 1975 um 06.48 Uhr in der Wohnung der vermeintlich Verstorbenen: "Die Frau lag im Schlafzimmer auf dem Fußboden vor ihrem Bett. Der Enkel sagte, er glaube, seine Großmutter sei tot, wisse aber nicht, ob sie normal oder durch Tabletten gestorben sei." Dabei stellte der Brandhauptmeister fest, "daß die Frau am Körper eiskalt war, Leichenstarre und an den aufliegenden Armstellen rotblaue Flecken aufwies, sowie an der Halsschlagader keinen Pulsschlag zeigte. Das Zimmer wurde nach leeren Tablettenröhrchen abgesucht, jedoch nichts gefunden."

Im Zimmer wurde im Beisein des Enkels ein Abschiedsbrief entdeckt. Bei Ankunft der Polizei teilte der Brandhauptmeister dieser seine Feststellungen über den Ermittlungsbefund mit. Dem Enkelsohn gegenüber habe die Feuerwehr erklärt, daß die Frau tot und deshalb der Abtransport abzulehnen sei.

Der Enkelsohn konnte nicht angeben, wie die Untersuchung des Notfalldienstarztes zur Todesfeststellung erfolgt sei, weil sich der Arzt mit der vermeintlich Verstorbenen allein im Schlafzimmer aufgehalten habe. Bemerkenswert ist, daß der Enkelsohn dem Feuerwehrbeamten berichtet hatte, daß seine Großmutter bereits vor drei Jahren einen Herzinfarkt erlitten hätte, und daß er auch den behandelnden Hausarzt benannte.

Der beschuldigte Notfalldienstarzt gab bei einer Rücksprache an, daß ihm im Verlauf des Notarzteinsatzes am 12. 3. 1975 und bei Vornahme der Leichenschau von einer möglichen Tablettenvergiftung der Frau nichts bekannt war und auch von den Angehörigen nichts bekundet wurde. Bei seinem Erscheinen in der Wohnung gegen 09.00 Uhr habe er von den Angehörigen lediglich erfahren, daß die vermeintlich Verstorbene vor zwei

bis drei Jahren einen Herzinfarkt erlitten haben sollte. Auf Grund der anamnestischen Angaben der Angehörigen, des Berichtes der in der Wohnung anwesenden Polizeibeamten und seines Untersuchungsbefundes habe er auf Herzversagen bei der Frau geschlossen.

Eine Anfrage beim ärztlichen Notfalldienst der Kassenärztlichen Vereinigung bestätigte die Angaben des Beschuldigten. Die Eintragung im Auftragszettel der Notfallzentrale am 12. 3. 1975 um 07.49 Uhr lautete: Funkbetriebszentrale der Polizei bittet um Zusendung eines Notfalldienstarztes, "Tote Person, Funkwagen am Ort".

Das Gutachten des medizinischen Sachverständigen führt aus, daß der beschuldigte Notfalldienstarzt bei seiner Untersuchung (Leichenschau) eine Scheintote vor sich hatte, ohne den Zustand des Scheintodes zu erkennen. Nach dem von ihm erhobenen Untersuchungsbefund bestand für ihn an dem Tod der Frau kein Zweifel. Anhaltspunkte dafür, daß er die vermeintlich Verstorbene nicht untersucht oder in fahrlässiger Weise den Tod ohne gründliche Untersuchung festgestellt habe, lassen sich aus den Ermittlungsakten und seinen eigenen Angaben nicht eruieren.

Wenn man davon ausgeht, daß die Feuerwehrbeamten bei ihrem ersten Besuch in der Wohnung um 06.48 Uhr bereits starke Abkühlung des Körpers, Leichenstarre, rotblaue Flecken und Pulslosigkeit festgestellt hätten, könne unterstellt werden, daß an der vermeintlichen Leiche Symptome zu erkennen gewesen sind, die ärztlicherseits als sichere Todeszeichen zu werten waren. Bei der Leichenstarre konnte es sich unter den gegebenen Umständen um Kältestarre der Gliedmaßen gehandelt haben, die während der Nacht, - Anfang März -, als die Frau nur mit einem Nachthemd bekleidet am Boden lag, aufgetreten sei. Bei einem 80jährigen Menschen können Totenflecke auch flüchtig nur schwach ausgebildet vorkommen, insbesondere dann, wenn niedrige Haemoglobinwerte vorhanden sind.

Da Zeichen von Leben an der 80 Jahre alten Frau nicht wahr-

nehmbar waren und die Angehörigen dem Notfalldienstarzt anamnestische Hinweise auf einen vor zwei bis drei Jahren aufgetretenen Herzinfarkt gaben, habe der Beschuldigte auf einen Herzinfarkt geschlossen und im Leichenschauschein als Todesursache "Herzversagen" bescheinigt. Der Beschuldigte wußte nichts von einer Überdosierung von Schlafmitteln am Vorabend der Leichenschau und wurde darüber hinaus von den Angehörigen auf ein falsches Gleis (Herzinfarkt) gelenkt.

Zusammenfassend kommt der Gutachter zu dem Ergebnis, daß unter den besonderen Umständen die scheinbare Feststellung des Todes durch den beschuldigten Notdienstarzt nicht vermeidbar war. Die von der Staatsanwaltschaft aufgeworfenen Fragen wurden wie folgt beantwortet:

1. Der Beschuldigte war nicht in der Lage, den Scheintod der Frau bei der von ihm vorgenommenen Leichenschau am 12. 3. 1975 zu erkennen. Aus diesem Grunde waren weitere Untersuchungen mit medizinisch - technischen Geräten nicht indiziert.
2. Die Frau befand sich während ihres Scheintodes im Zustand tiefer Bewußtlosigkeit; eine gesundheitliche Beeinträchtigung durch verzögerte Krankenhauseinweisung hat sie nicht erlitten.

5.8. Rechtliche Würdigung

Da nach dem medizinischen Gutachten keine Anhaltspunkte für eine strafbare Handlung vorliegen, stellt die Staatsanwaltschaft das Ermittlungsverfahren wegen fahrlässiger Körperverletzung gegen den Notfalldienstarzt ein.

6. DISKUSSION

6.1. Definition des nicht natürlichen Todes

Der nicht natürliche Tod ist in erster Linie ein Begriff der Juristen; wollen sie doch damit einer Straftat - einer vorsätzlichen oder fahrlässigen Tötung - begegnen (vergleiche 3.1.). Sie verstehen also darunter, - und diese Begriffsbestimmung hat mehr oder weniger Eingang in die Lehrbücher der Gerichtlichen sive Rechtsmedizin gefunden - jedweden gewaltsamen Tod, verursacht durch eine Straftat.

Diese Begriffsbestimmung ist indes für den Arzt auf Grund seiner Vorbildung - wenn nicht verwirrend, so doch unzulänglich (siehe auch JANSSEN 1978). Würde man eine entsprechende Umfrage bei Ärzten starten, so würde das Ergebnis verheerend sein. Allein von einem solchen Ergebnis her müßte sich der Gesetzgeber veranlaßt sehen, eine sowohl für Ärzte als auch für Juristen verständliche Definition zu erarbeiten, damit der Rechtsordnung in der Tat gedient wird.

Per exclusionem liegt ein gewaltsamer Tod grundsätzlich dann vor, wenn sich kein Anhalt für einen natürlichen Tod ergibt. Letzterer darf (vergleiche 4.1.) dann angenommen werden, wenn akute oder chronische Organveränderungen die Lebensfunktionen zum Erliegen bringen. Zu diesen Organveränderungen zählen vor allem Erkrankungen des Herzens und der Gefäße, des Gehirns und seiner Häute, des Respirationstraktes, insbesondere der Lungen, der Verdauungs- und Harnorgane, Veränderungen der Genitalien, insbesondere der weiblichen, und der Drüsen.

Ein gewaltsamer Tod, also ein nicht natürlicher Tod, ist deshalb dann anzunehmen, "wenn gewichtige Organveränderungen fehlen und gemäß des Unfallbegriffes eine plötzliche Körperbeschädigung auf Grund einer äußeren, örtlich und zeitlich bestimmbaren Einwirkung eintritt. Derartige Einwirkungen führen zur Unterbrechung lebenswichtiger Funktionssysteme, so zum Beispiel durch Sauerstoffentzug oder Blutverlust. Sie

werden verursacht durch stumpfe oder scharfe Gewalt, durch thermische oder elektrische Energie - einschließlich Strahlung -, durch Nahrungsentzug oder durch Gifte" (MALLACH 1975).

SPANN, LIEBHARDT und BRAUN (1977) haben nun kürzlich eine ähnliche Definition vorgestellt: "Todesursache ist jede Bedingung, die nicht hinweggedacht werden kann, ohne daß der Tod nicht oder nicht so eingetreten wäre. Ein Tod aus nicht natürlicher Ursache liegt dann vor, wenn er im konkreten Fall auf ein von außen verursachtes, ausgelöstes oder beeinflußtes Geschehen zurückzuführen ist. Dies gilt auch für ärztliches Handeln oder Unterlassen."

Soll wie bereits erwähnt, die Leichenschau im Sinne des Gesetzgebers, dem die Rechtsordnung eines Staates obliegt, sinnvoll sein, also soll der gewaltsame sive nicht natürliche Tod sicher erkannt und gemeldet werden, so ist die suprema lex eine sowohl für Ärzte als auch für Juristen einwandfrei verständliche Definition.

6.2. Aufgaben des Arztes bei der Leichenschau

Die Fälle fehlerhafter Feststellung des Todes haben in letzter Zeit eine Häufung erfahren. Ebenso wie der eigene Fall (vergleiche 5.) sind die vier Fälle aus Baden-Württemberg, über die MALLACH, BARZ und MATTERN (1977) berichtet haben, ein Signal dafür, daß die Vorstellung vom Tod ins Wanken geraten ist. Der Arzt, der die Leichenschau vornimmt, darf vom Tod eines Menschen aber nicht überzeugt sein, wenn möglicherweise nur ein dissoziierter Hirntod vorliegt (vergleiche 4.2. und 4.3.). Welcher Arzt kann, wenn nicht die körperliche Integrität sichtbar gestört ist, beim Anblick eines in der Agonie liegenden Menschen beweisen, ob die Lebenslinie bereits ausgeebbt ist, oder ob eine Rückkehr in Leben - auch bei diagnostiziertem Hirntod - möglich sein wird.

Insofern ist zu unterstreichen, was Gg. SCHMIDT (1970) aus der Sicht der Gerichtlichen Medizin dargelegt hat: "Neuerdings wird der Gehirntod von manchen Kollegen dem Individualtod gleichgesetzt. Dies würde bedeuten, daß man eine Todeszeit festsetzen könnte, solange das Herz noch selbständig schlägt, wenn der irreversible Funktionsverlust des Gehirns anzunehmen ist. Diese Unterscheidung mag im Hinblick auf die Erfordernisse der Transplantationschirurgie Diskussionsberechtigung haben, für die Leichenschau ist sie jedoch unzulässig. Es widerspricht ärztlicher Ethik, bei noch schlagendem Herz den Tod zu bescheinigen, also Menschenqualität abzusprechen, sobald der Gehirntod feststeht."

Im Hinblick auf diesen oftmals diffizilen Auftrag an den Arzt ist bei der Untersuchung einer vermeintlichen Leiche dieselbe Sorgfalt geboten wie bei der Untersuchung und Behandlung eines Kranken. Dies sollte oberstes Gebot sein und bleiben. Daraus folgt auch schon, daß keine Zeit zu verlieren ist. Soweit die Rechtsvorschriften die Leichenschau "unverzüglich" fordern, bedeutet dies nach HÄNDEL (1970) im Hinblick auf die Legaldefinition in Paragraph 122 des Bürgerlichen Gesetzbuches "ohne schuldhaftes Zögern". Sei "der Arzt gerade bei einer schwierigen Behandlung, womöglich mitten in einer Operation, dann sei er zweifellos entschuldigt, wenn er nicht gleich komme... Dagegen wird er im Regelfall keine länger dauernde Verzögerung eintreten lassen dürfen."

Grundsätzlich ist sodann zu fordern, worauf bereits die Rechtsvorschriften von Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz hinweisen, daß die Untersuchung stets im entkleideten Zustand stattzufinden habe (vergleiche BERG 1976). Einwände, es sei einem Arzt nicht zumutbar, den vermeintlichen Toten zu entkleiden, oder die Untersuchung in entkleidetem Zustand sei den anwesenden Angehörigen nicht zuzumuten, dürfen im Hinblick auf die gebotene Sorgfalt kein Gewicht erlangen.

Die L e i c h e n s c h a u darf nicht, worauf die Rechtsvorschriften von Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein ab-

heben, gleichgesetzt werden mit L e i c h e n b e s i c h - t i g u n g . Jeder erfahrene Arzt weiß, daß die Beurteilung unsicherer wie sicherer Todeszeichen nicht durch Besichtigung, sondern praktisch nur durch Untersuchung möglich ist. Insofern ist der Arzt auch zur U n t e r s u - c h u n g der Leiche verpflichtet.

Die Untersuchung zur Feststellung des Todes hat der Arzt daraufhin auszurichten, ob Anhaltspunkte für vorhandenes Leben noch nachweisbar oder auszuschließen sind.

Als u n s i c h e r e Todeszeichen gelten: Sistieren der Atmung, Kreislaufstillstand (kein Puls, keine Herztöne), Reflexlosigkeit (auch Fehlen von Schmerzreaktionen), Pupillenstarre (Cave Glasaugen, Vergiftung), Abkühlung, Leichenblässe (Cave Anämie). Zur Unterstützung der Feststellung des Todes bei Vorliegen unsicherer Todeszeichen oder in Zweifelsfällen können herangezogen werden: Siegellackprobe, Spiegelprobe, Riechprobe (Salmiak), Papierprobe (Auflegen eines Papierblattes auf den Rippenbogen am epigastrischen Winkel).

Als s i c h e r e Todeszeichen werden anerkannt: Totenflecken, Totenstarre (zu differenzieren von Kälte- oder Hitzestarre, Katatonie, Totstellreflex und Gelenkversteifungen), deutliche Abkühlung des gesamten Körpers, Hautvertrocknungen (auch Konjunktiva), Autolyse oder Fäulnis als Zeichen von Leichenveränderungen.

Nur bei Vorliegen der oben genannten s i c h e r e n Todeszeichen darf eine Todesfeststellung getroffen werden. Sofern sich der Arzt im Zweifel über den Nachweis s i c h e - r e r Todeszeichen befindet, sollte er unverzüglich die stationäre Einweisung der vermeintlichen Leiche in ein Krankenhaus veranlassen.

6.3. Anregungen für eine künftige Rechtsvorschrift zur Leichenschau

Im Hinblick auf den Begriffswandel (vergleiche 4.2. und 4.3.) soll der Begriff L e i c h e in Anlehnung an Gg. SCHMIDT (1970) klar definiert werden, damit, - wie die jüngsten Ereignisse in Baden-Württemberg bewiesen haben -, keine Mißverständnisse entstehen können.

Die Leichenschau dient der Feststellung von Tod, Zeitpunkt des Todes, Todesart und -ursache. Dazu erscheint es notwendig, den Begriff des nicht natürlichen Todes in einer Sprache zu definieren, die sowohl der Arzt als auch der Jurist gleichsinnig verstehen. Dabei ist der Begriff im Sinne der Rechtsordnung in der Bundesrepublik Deutschland weiterzufassen (vergleiche 6.1.), als es bislang gemäß Paragraph 159 der Strafprozeßordnung geschieht, zumal am Beispiel des Spättodes nach einem Verkehrsunfall versicherungsrechtliche Fragen anknüpfen.

Die U n t e r s u c h u n g - nicht nur die B e s i c h t i g u n g - hat so rasch wie möglich an der entkleideten Leiche zu erfolgen; dabei muß der Arzt zunächst ohne die Mitteilungen der Angehörigen zu werten (vergleiche 5.) seine Untersuchung auf unsichere und sichere Zeichen erstrecken. Er darf den Tod erst dann bescheinigen, wenn er s i c h e r e Zeichen des Todes festgestellt hat. Mitteilungen dritter Personen sind - im Hinblick auf mögliche Suicide - kritisch zu würdigen.

Es ist ernsthaft zu prüfen, ob jeder oder jeder niedergelassene Arzt zur Vornahme der Leichenschau verpflichtet werden soll. Dieser Regelung stehen aus Gerichtlicher sive rechtsmedizinischer Sicht ernsthafte Bedenken entgegen. Der praktizierende Arzt sieht seine Aufgabe in der Behandlung des Kranken. Die Untersuchung einer Leiche setzt aber gar nicht so selten kriminalistischen Spürsinn voraus; diesen wird man sich auf Grund der Erfahrung aber dann eben aneignen,

wenn man die Leichenschau regelmäßig und nicht nur gelegentlich vornimmt. Der behandelnde Arzt sollte im Zeitalter der Kunstfehlerprozesse die Leichenschau grundsätzlich nicht vornehmen, allenfalls hinzugezogen werden. Im übrigen ist eine enge Zusammenarbeit mit der Ärztekammer zum Zwecke der diesbezüglichen Weiterbildung der Ärzte zu empfehlen.

Die Pflicht des die Leichenschau durchführenden Arztes, Fälle nicht natürlichen Todes und die Leichen von Unbekannten der Polizeibehörde zu melden, sollte generell auf alle diejenigen Leichen ausgedehnt werden, die Leichenveränderungen wie Fäulnis, Autolyse, Mumifizierung und Fettwachsbildung zeigen. Es ist dem praktizierenden Arzt nicht zuzumuten, daß er an einer solchen Leiche zwischen Leichenerscheinungen und Zeichen von Gewalteinwirkungen unterscheidet.

Die gesetzlich verankerten Vorschriften sollten in den Leichenschauscheinen ihre Verankerung finden, denn diesen hat der Arzt auszufüllen. Nur wenn der Arzt durch seine Unterschrift bestätigt, die Leichenschau vorschriftsmäßig durchgeführt zu haben, werden Zuwiderhandlungen auch als Ordnungswidrigkeiten zu ahnden sein. Weitere rechtliche Ahndungen wird man auf den Einzelfall abstellen müssen.

Die Pflicht des behandelnden Arztes, dem Leichenschauarzt Auskunft zu erteilen, ist im Sinne der Sache eine zweckmäßige Angelegenheit; indes steht einer solchen Auskunftspflicht grundsätzlich die ärztliche Schweigepflicht (§§ 203 StGB, 53 StPO) entgegen. Gegebenenfalls könnte sich der behandelnde Arzt einer fehlerhaften Behandlung, die den Tod des Kranken zur Folge hatte, bezichtigen, zu der er gesetzlich nicht verpflichtet ist (§ 55 StPO).

7. ZUSAMMENFASSUNG

Auf Grund fehlerhafter Feststellungen des Todes, dargestellt anhand eines im Jahre 1975 in Berlin vorgekommenen Falles, wird die Frage nach dem Tode erörtert und dabei in einem weitergefaßten Rahmen zwischen natürlichem und nicht natürlichem Tode unterschieden.

Die Bestattungsgesetze und -verordnungen der elf Länder der Bundesrepublik Deutschland werden, soweit sie die ärztliche Leichenschau betreffen, miteinander verglichen und aus diesem Vergleich Anregungen für eine künftige Gesetzgebung entwickelt, damit der Ordnung in einem Rechtsstaat wie der Bundesrepublik Deutschland erschöpfend Rechnung getragen wird.

LITERATUR

1. Berg, St.P.:
"Rechtsmedizin".
11. Auflage. Müller & Steinicke, München 1976

2. Bruhier, J.J.:
"Abhandlung von der Ungewißheit der Kennzeichen des Todes".
Leipzig und Kopenhagen 1754

3. Bushart, W. und P. Rittmeyer:
"Die Kriterien des Todes unter Berücksichtigung der modernen Möglichkeiten der Wiederbelebung und der Intensivbehandlung".
Materia med. Nordmark 21, 22 - 29 (1969)

4. Formey, L.:
"Versuch einer medizinischen Topographie von Berlin".
Berlin 1796

5. Gaedke, J.:
"Handbuch des Friedhofs- und Bestattungsrechts".
3. Auflage
Carl Heymanns, Köln-Berlin-Bonn-München 1971

6. Gläser, J.:
"Das Leichenschauwesen in der Bundesrepublik".
Dtsch. Ärztebl. 44, 731 - 733, 768 - 774 (1959)

7. Händel, K.:
"Neuregelung des Leichenschauwesens in Baden-Württemberg".
Med. Klinik 65, 2218 - 2223 (1970)

8. Janssen, W.:
"Rechtsmedizinische Probleme bei der diagnostischen Tätigkeit des Pathologen. Kunstfehler - Nicht natürlicher Tod".
Kriminalistik 32, 5 - 10 (1978)

9. Käufer, C. und H. Penin:
"Todeszeitbestimmung beim dissoziierten Hirntod".
Dtsch. med. Wschr. 93, 679 - 684 (1968)

10. Kempner, Friederike:
"Ausgewählte Gedichte".
Verlag Sancsouci, Zürich 1961
und
in Gerhart H. Mostar: "Friederike Kempner, der schlesische Schwan. 6. Auflage".
Deutscher Taschenbuchverlag, München 1974

11. Kraus, F.:
"Über Tod und Sterben".
Rede zur Gedächtnisfeier des Stifters der Berliner Universität König Friedrich Wilhelm III am 3.8.1911
Gustav Schade, Berlin 1911

12. Laves, W. und St.P. Berg:
Agone
Schmid-Röhmhild, Lübeck 1965

13. Magnus, ? :
"Über Todtenscheine und Sanitätsberichte".
Wschr. ges. Heilk. 1841, 385 - 399

14. Mallach, H.J.:
Vortrag vor Staatsanwälten des Oberlandesgerichts Stuttgart in Tübingen am 23.4.1975

15. Mallach, H.J., Barz, J. und R. Mattern:
"Bemerkungen zum Bestattungsgesetz von Baden-Württemberg".
Med. Welt 28, 1905 - 1908 (1977)

16. Neuhaus, G.:
"Vita reducta".
Verh. Dtsch. Ges. Inn. Med. 69, 16 - 39 (1963)

17. Richartz, H.:
"Aus Berliner Archiven".
Dtsch. Ärztebl. 69, 2588 (1972)

18. Ruff, S.:
"Das Sterben des Menschen und die Feststellung des Todes".
in: Stimmen der Zeit, Heft 10
Herder-Verlag, Freiburg 1968

19. Scharfetter, C. und S. Schmoigl:
"Zum isolektrischen Encephalogramm. - Aussagewert nach Aussetzen der Spontanatmung".
Dtsch. med. Wschr. 92, 472 - 475 (1967)

20. Schmidt, G.:
"Die ärztliche Leichenschau".
Therapiewoche 20, 3424 - 3428 (1970)

21. Schnitzler, A.:
in Gerhart H. Mostar 'Friederike Kempner, der schlesische Schwan. 4. Auflage'.
Deutscher Taschenbuchverlag, München 1974

22. Schwab, R.S., Potts, F. and A. Bonazzi:
"EEG as an aid in determining death in the presence of cardiac activity (Ethical, legal and medical aspects)."
Electroencephal. clin. Neurophydiol. 15, 147 - 148 (1963)

23. Spann, W. und E. Liebhardt:
"Reanimation und Feststellung des Todeszeitpunktes".
Münch. med. Wschr. 108, 1410 - 1414 (1966)

24. Spann, W., Kugler, J. und E. Liebhardt:
"Tod und elektrische Stille im EEG".
Münch. med. Wschr. 109, 2161 - 2167 (1967)

25. Spann, W., Liebhardt, E. und W. Braun:
"Zur Meldepflicht des Pathologen bei Feststellung von Anzeichen fehlerhafter ärztlicher Behandlung".
4. Tagung des Arbeitskreises Süddeutscher Rechtsmediziner am 21.5.1977 in Nürnberg

26. Spengler, H.:
Persönliche Mitteilungen.

27. Stürzbecher, M.:
"Über die Entwicklung der Leichenschau in Berlin".
Wien. Beitr. Gerichtl. Med. 27, 256 - 262 (1970)

LEBENSLAUF

Am 28. 5. 1924 wurde ich, Brigitte Juliane Spengler geb. Magon, als Tochter des ordentlichen Professors Dr. Leopold Magon und seiner Ehefrau Annemarie geb. Schwering in Münster in Westfalen geboren.

Von 1930 bis 1934 besuchte ich die Volksschule und ab April 1934 das Lyceum in Greifswald/Pommern; hier bestand ich im März 1942 das Abitur.

Nach anschließender Ableistung des Krankenpflegedienstes bis März 1943 in den Universitätskliniken in Greifswald, begann ich im Sommer-Semester 1943 das Studium der Medizin an der Universität Würzburg. Im Oktober 1944 wurde ich zum Kriegsdienst als Krankenschwester verpflichtet und war vom 1. 5. 1945 bis Oktober 1946 in verschiedenen Flüchtlingslagern in Dänemark tätig.

Ab Winter-Semester 1946 setzte ich das Studium der Medizin an der Universität Münster fort, bestand im April 1947 das Physikum, studierte aus familiären Gründen ab Sommer-Semester 1949 an der Universität Greifswald und bestand dort am 24. 6. 1950 das medizinische Staatsexamen.

Am 16. 9. 1950 heiratete ich in Berlin den Dr. med. Heinz Spengler. Vom 1. 1. 1951 bis 31. 3. 1954 arbeitete ich am Städt. Wenckebach-Krankenhaus in Berlin zunächst als Pflichtassistentin, dann als Assistentin auf den internen, chirurgischen, gynäkologischen und neurologischen Abteilungen dieses Krankenhauses.

Seit dem 7. 4. 1954 bin ich in eigener Praxis als Ärztin für Allgemeinmedizin in Berlin-Kreuzberg tätig.